

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Estudo da Cirurgia

Director: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOL. LXII

São Paulo, Novembro de 1951

N.º 5

Sumário:

	Pág.
Levantar precoce após parto normal e operatório — Dr. WALDEMAR MACHADO e Dr. PAULO SCHMIDT GOFFI.....	323
A úlcera jejunal posoperatória — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.....	333
Exangüíneo-transusão pela via umbilical na doença hemolítica do recém-nascido — ARTUR BIANCA- LANA e PAULO DE ESCRAGNOLLE TAUNAY.....	345
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Socialização da Medicina.....	351
Sociedade Médica São Lucas.....	372
Sociedade Médica São Carlos.....	378
Outras Sociedades.....	378
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	382
Vida Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina.....	384
Clube Internacional dos Cirurgiões da Criança.....	385
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.....	385
Liga Paulista de Higiene Mental.....	386
União Internacional Contra a Tuberculose.....	388
Universidade de São Paulo.....	390
Neerolégio.....	391
Congressos Médicos:	
I Congresso Internacional de Neuropatologia.....	391
II Congresso Brasileiro de História da Medicina.....	392
Assuntos de Atualidade:	
Problemas do câncer.....	393

BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

4

agentes anti-espasmódicos com elevada ação:

EFEDRINA

TEOFILINA

BENZILFTALATO DE CALCIO

AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via *ORAL*, contra a *ASMA* porque

Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.

Aborta, sem excepção, os ataques no seu início.

Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.

ACONDICIONAMENTO EM VIDRO DE 20 COMPRIMIDOS

LEUKOTROPIN

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

REUMATISMOS E ESTADOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS

ACONDICIONAMENTO EM CAIXAS DE { 2 AMPOLAS DE 10 cm³
5 " " 10 cm³
5 " " 5 cm³

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

LEUKOSALYL

Fenilcinconinato de hexametilentetramina
Cafeína — Salicilato de sódio

ARTRITE DEFORMANTE — CIÁTICA

ACONDICIONAMENTO EM CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 10 cc. PARA USO ENDOVENOSO

Fabricante:

Silbe H. O. — Amsterdam — Holanda

Distribuidores:

REMEDIA

CAIXA POSTAL, 3127

SÃO PAULO

VIKASALIL

EM DRÁGEAS ENTERICAS

+++

Anti-Reumatico — Analgésico

+++

Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido

+++

EFEITO MAIS RAPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.

+++

Fórmula :

Salicilato de Sódio .	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Bicarb. de Sódio . .	0,03

+++

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:		Cr\$
2. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.)	por vez	1.000,00
3. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.)	por vez	900,00
4. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.)	por vez	1.200,00
TEXTO:		Cr\$
1 pagina (12 × 19 cm.)	por vez	1.000,00
½ pagina (9 × 12 cm.)	por vez	550,00
¼ pagina (9 × 5,5 cm.)	por vez	300,00
Encarte por vez		1.000,00
Pagina fixa		20 % de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B1)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DRÁGEAS DISSENSIBILIZAÇÃO ALÉRGICA GRANULADOS PEPTALMINE

ENXAQUECAS
ALERGIA DIGESTIVA



URTICÁRIA
ESTROFILA URTICARIANA
PRURIDOS. ECZEMAS

LABORATORIOS ENILA S. A. — Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal, 484 — RIO
Filial: Rua Marquez de Itu, 209 — SÃO PAULO

em grande variedade de **INFECÇÕES CIRÚRGICAS**

CLORIDRATO DE Terramicina

CRISTALINA

Sumário parcial de
casos tratados
com sucesso

DIA NÓSTICO	TOTAL DE CASOS	BOM RESULTADO
<i>Celulite</i>	19	19
<i>Celulite com abscesso</i>	6	6
<i>Dilaceração infectada</i>	3	3
<i>Dentada humana infectada</i>	1	1
<i>Furunculos multiplos</i>	3	3
<i>Carbunculo</i>	2	2
<i>Abscesso superficial</i>	5	5
<i>Abscesso do seio</i>	1	1
<i>Actinomicose cervical</i>	2	2
<i>Gangrena gasosa</i>	1	1
<i>Peritonite*</i>	9	9

*Terramicina em injeção endovenosa.

Pulaski, E. J.: Ann. New York Acad.
Sc. 53:347 (15 Set.) 1950.

para garantir a mais eficaz e conveniente terapêutica nas infecções gerais e locais,
a TERRAMICINA é útil em uma grande variedade de formas convenientes
para uso oral, endovenoso e tópico:

CÁPSULAS de 250 mgrs., vidros de 16 e 100; 100 mgrs., vidros de 25 e 100; 50 mgrs., vidros de 25 e 100.

ELIXIR, 1,5 grms. com 28,4 de diluente.

GOTAS ORAIS, 2,0 grms. em 10 cc. de diluente e um conta-gotas calibrado.

ENDOVENOSA, 250 mgrs., em frascos de 10 cc.; 500 mgrs., em frascos de 20 cc.

POMADA, 30 mgrs. por grama de pomada; tubos de 14,2 e de 28,4 grms.

POMADA OFTÁLMICA, 5 mgrs. por Grm.; tubos de 3,5 grms.

SOLUÇÃO OFTÁLMICA, vidro conta-gotas de 5 cc., contendo 25 mgrs. para
preparação de soluções tópicas.

PASTILHAS DE TERRAMICINA CRISTALINA, 15 mgrs. em cada pastilha;
pacotes de 24.

Distribuidores

FURS LAND, LABORATÓRIOS S. A.
Av. Beira Mar, 200-10º and.
Rio de Janeiro, Brasil

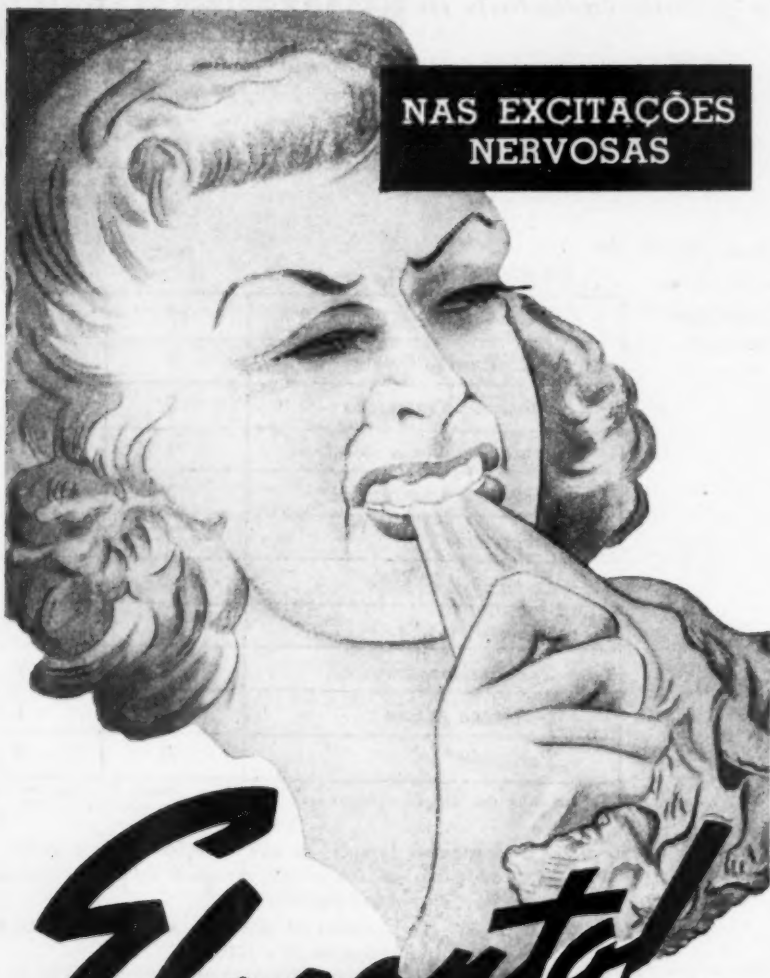
FURS LAND, LABORATÓRIOS S. A.
Rua Epitácio Pessoa, 35
São Paulo, Brasil



Departamento de Exportação

CHAS. PFIZER & CO., INC.

81 Maiden Lane, Nova York 38, N. Y., E. U. A.



NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS

Elegantol



NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.

A base do CELEBRE **LEPTOLOBIUM ELEGANS** - CRATAEGUS OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIOS, SÓDIO, POTÁSIO, etc.

MODO DE USAR: { **Adultos:** 1 colher 15 c.c. 3 vezes ao dia em água açucarada. - **Crianças:** a metade.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACEUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 - Fone 33-3426 - São Paulo

SULFATO FERROSO ENILA COM VITAMINAS C E B1

ANEMIAS HIPOCROMICAS

DRÁGEAS

Para Adultos:

Sulfato Ferroso 0,20 gr.
Vitamina C 0,05 gr.
Vitamina B1 0,002 gr.

em cada drágea que-
ratinizada.

Para Crianças:

Sulfato Ferroso 0,10 gr.
Vitamina C 0,025 gr.
Vitamina B1 0,001 gr.

por drágea de tamanho
pequeno.



BELPAR

GÓTAS

Codéina (fosfato) 0,02 gr.
Papaverina (cloridrato) 0,005 gr.
Atropina (sulfato) 0,0001 gr.
por 1 cm³

EFEITO SEDATIVO
ENÉRGICO E RÁPIDO

DORES ESPASMÓDICAS: Espasmos digestivos - Cólicas: hepática, intestinal e renal. Vômitos - Menstruações dolorosas - Dôres e espasmos dos órgãos genito-urinários - Afecções dolorosas ano-retais.

TOSSES ESPASMÓDICAS: Coqueluche e asmático; das doenças pulmonares crônicas.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RUA RIACHUELO, 242 — RIO
FILIAIS: SÃO PAULO — PORTO ALEGRE — BELO HORIZONTE
AGÊNCIAS OU DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

SOROS

PINHEIROS



ANTI-DIFTÉRICO
ANTI-TETÂNICO
ANTI-BOTRÓPICO
ANTI-CROTÁLICO
ANTI-OFÍDICO

NOVOS PRODUTOS GLAXO

SECLOPEN

PENICILINA GLAXO PROCAÍNICA

Frasco contendo:

300.000 Unidades Penicilina G Procaínica
100.000 " " " Sódica Cristalina
(Também em frascos com 5 doses)

**PARA APLICAÇÃO AQUOSA, PRODUZINDO ALTO
NÍVEL INICIAL E PROLONGADA AÇÃO**

Vitamina B12 Glaxo

Caixa com 6 ampolas de 1 cc., contendo
20 microgramas por cc.

**TRATAMENTO DAS ANEMIAS PERNICIOSAS E
MACROCÍTICA, SPRUE E ANEMIA DA GRAVIDEZ**

Representantes gerais para o Brasil:

LABORATÓRIOS GLAXO (BRASIL) S. A.

CAIXAS POSTAIS:

RIO DE JANEIRO 2755	SÃO PAULO 3757
PORTO ALEGRE 1297	CURITIBA 593
BAHIA 887	RECIFE 1080



400.000 u. em
1 CM³ NO
FRASCO

PEN-AQUA

A MODERNA PENICILINA AQUOSA,
REFORÇADA, DE 400.000 UNIDADES



400.000 u. em
1 CM³ NA
SERINGA

É apresentada em frascos devidamente tratados
que impedem a adesão da solução-suspensão
ao vidro e asseguram:

- ★ drenagem perfeita sem perda de nenhuma parcela do produto,
- ★ aproveitamento máxima da solução de penicilina.



QUANTIDADE
EXATA NO
DOENTE

BRISTOL LABOR. S. A.



SANTO AMARO (SÃO PAULO)

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 33-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LXII

NOVEMBRO DE 1951

N.º 5

Levantar precoce após parto normal e operatório *

Dr. Waldemar Machado

*Obstetra da C.A.P. dos Serv. Públicos de S. Paulo. — Diretor
do Departamento da Maternidade do Sanatório São Lucas*

Dr. Paulo Schmidt Goffi

Obstetra da C.A.P. dos Serviços Públicos de S. Paulo

No Serviço de Obstetrícia da Caixa de Aposentadoria e Pensões de Serviços Públicos de São Paulo, temos há mais de um ano posto em prática o levantar precoce não só após parto normal, como também, após parto operatório por via abdominal ou transpélvica. Adotamos esta orientação a princípio um pouco temerosos, receando complicações, e ultimamente, de maneira sistemática, convictos das vantagens do procedimento.

CONCEITO

Consultando a bibliografia sobre levantar precoce encontramos referências de autores que fizeram suas pacientes levantar no primeiro, segundo, terceiro ou quarto dia, mostrando assim que o conceito de levantar precoce é variável de autor a autor.

Alguns empregam o levantar precoce aumentando gradativamente e de maneira sistematizada a movimentação, segundo método pré-estabelecido como refere King (10): no 1.º dia a puer-

* Trabalho apresentado ao Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Associação Paulista de Medicina em 28 de fevereiro de 1951, e na Sociedade Médica São Lucas em sessão de 25 de abril de 1951.

pera permanece em pé por um minuto; no 2.º senta em cadeira durante 5 minutos; no 3.º permanece sentada durante 5 minutos duas vezes ao dia e faz exercícios abdominais em posição deitada; no 4.º executa exercícios em posição de "prece de Allah"; no 5.º dia passeia e usa o banheiro livremente. Guerreiro (5), aconselha a puerpera a sentar na cama por alguns minutos, de 8 em 8 horas, nas primeiras 24 horas, tossindo fortemente para melhorar as condições no sistema respiratório e estimular a circulação das extremidades; no 2.º dia levanta quatro vezes por alguns minutos, sentando por 15 ou 20 minutos; no 3.º dia anda, 3 ou 4 vezes e por pouco tempo; daí por diante qualquer passeio é permitido.

No Serviço de Assistência Obstétrica a Domicílio do Dep. de Puericultura (7), no Rio de Janeiro, adotavam o levantar precoce nas puerperas que apresentavam condições básicas, a saber: parto normal, sem roturas traumáticas ou cirúrgicas, temperatura não superior a 36,8° C., lóquios de aspecto normal, involução uterina boa, funções urinária e digestiva normais, fluxão leitosa regular e boa disposição.

Headings e Palmer (6), empregaram o levantar precoce em pacientes cesareadas e referem que 49 delas, levantaram no primeiro dia de pós-operatório, 11 no segundo, e, 10 no terceiro; assim, 70 cesareadas levantaram no terceiro dia ou antes. Joyce (8), apresentou suas observações sobre pacientes nas quais foram praticadas 255 laparotomias (inclusive 21 cesárias), 44 operações vaginais e 148 partos por via vaginal, tendo elas levantado 6 ou 8 horas após a operação ou o parto, Cornell e Mullen (4), apresentam observações sobre 1.000 parturientes levantadas precocemente, sendo que entre estas incluem 53 cesareanas, das quais, 28 foram à toilette e sentaram em cadeiras no primeiro dia de pós-operatório, 7 no segundo, 1 no terceiro, 3 no quarto, 7 no quinto, e, 7 no sexto dia; por primeiro dia entendem o dia seguinte à operação.

Rosemblum, Melinkoff e First (15), fizeram um estudo comparativo em uma série de 582 puerperas, distribuídas em três grupos: 1.º) as que levantaram no 1.º e 2.º dia de pós-parto; 2.º) as que levantaram no 3.º ou 4.º dia; 3.º) as que abandonaram o leito após o 4.º dia. Deste estudo, esses autores deduziram que o levantar precoce redundava em benefício da paciente, sendo de notar que não há maior vantagem em levantar as puerperas no 3.º ou 4.º dia em comparação com as que se levantaram no 1.º ou 2.º dia.

Bellis (2), falando em "deambulação imediata" após cesariotomias, em 832 casos, insiste na importância do levantar feito precocemente após 5 horas da paciente haver retornado da sala de operações. Essa opinião é defendida também por Saint-Victor (18), o qual entende que, para ser considerado realmente precoce, o levantar deve ser feito no mínimo dentro de 24 horas que se seguem ao parto, ou mesmo, dentro de 12 horas, condições em que,

efetivamente, teria importância grande na prevenção das complicações pós-operatórias e pós-parto. Assim deve ser em obstetrícia, segundo Saint-Victor, porque, se uma complicação deve sobrevir compreende-se que o mecanismo que a provoca é capaz de entrar em jogo dentro das primeiras 24 horas, e portanto, para que apresente bons resultados, o levantar precoce deve ser instituído antes disso.

EFEITOS DO REPOUSO PROLONGADO

O retorno venoso dos membros inferiores fica retardado quando a paciente permanece em repouso, bastando o exercício ou a elevação dos membros inferiores para contrariar em parte esse efeito. A respeito, Potts e Smith (14), determinaram experimentalmente que a contração muscular dos membros inferiores aumenta o volume do fluxo de sangue na veia cava inferior de 250 por cento. Bellis e colaboradores (3), insistem na importância do retardo da circulação venosa dos membros inferiores como causa do embolismo pulmonar, da tromboflebite e da flebotrombose, referindo que esse retorno venoso é impedido pela distensão intestinal e que quasi nenhum retorno venoso é observado com a paciente em posição de Fowler. Nestas circunstâncias, todavia, mostrava-se que a elevação dos membros inferiores ou a movimentação intensa dos pés impelem o retorno do sangue venoso, consideravelmente.

Igualmente importante para o retorno venoso é a excursão diafragmática. Bellis (2), cita que, sob condições normais, a posição de repouso horizontal reduz a capacidade vital de cerca de 15 por cento; a pressão das vísceras de encontro à superfície inferior do diafragma diminui as excursões diafragmáticas consideravelmente. Em posição vertical, de pé, o diafragma desce mais livremente. A hipoventilação concorre de maneira acentuada para o aparecimento de complicações pulmonares.

EFEITOS DA DEAMBULAÇÃO PRECOCE

Bellis (2), tratando desta questão acha que andando a paciente, o sangue venoso tem a sua circulação bastante ativada, ao passo que, estando a paciente sentada ou parada, o sangue fica estagnado nos membros inferiores, condição esta para produção de trombose, flebites e embolias. Em sua opinião, a deambulação imediata não significa sentar, mas sim é necessário andar, assim que o efeito da anestesia geral tenha desaparecido ou no caso de ter sido usada a raqueanestesia, assim que o movimento das extremidades possa ser seguramente controlado pela paciente.

CRÍTICAS AO LEVANTAR PRECOCE EM OBSTETRICIA

Os partidários do repouso prolongado após parto normal ou operatório, criticam o levantar precoce insistindo sobre o fato de que possivelmente este procedimento pôde ser causa de hemorragias, ou acarretar má cicatrização da ferida, ou predispor à embolia, ou ainda, ocasionar o aparecimento de prolapsos. Seriam estas as principais críticas ao levantar precoce em obstetria.

a) Hemorragias. Referindo-se ao provável perigo de hemorragias, quando se emprega o levantar precoce em obstetria, Kreis (11), lembra que a hemostasia em útero puerperal se faz por mecanismos *sui-generis* e que são independentes da estática da paciente.

b) Cicatrização das feridas. Carece lembrar sobre esta questão, que a ferida placentária não pôde jamais ser imobilizada em realidade, como podem ser as feridas traumáticas; elas situam-se num útero animado de possantes contrações fisiológicas que são fator de involução, segundo Keller e Ginglinger (9). No que diz respeito às feridas vulvo-vaginais estes mesmos autores acham que, quando corretamente suturadas imediatamente após o parto, cicatrizam por primeira intenção não sendo prejudicadas pela movimentação precoce. Existem trabalhos experimentais mostrando a influência da movimentação precoce, sobre a cicatrização das feridas. Royster, McCain e Slon (17) estudaram o comportamento das feridas abdominais operatórias em cães exercitados diariamente no pós-operatório, comparadas com as de outro grupo similar mantido em repouso. Procuraram reproduzir o mais aproximadamente possível as condições encontradas nas pacientes tratadas pós-operatóriamente pelo repouso no leito e pela deambulação precoce. Sacrificados os animais em dias subsequentes e calculada com o tensiometro a força tensil, verificaram que a movimentação não prejudicou em nada o processo de cicatrização das feridas. O exame histológico comprovou esta afirmativa. Newburger (13), fez trabalhos experimentais semelhantes em ratos, concluindo que a movimentação dos animais acelerava a cicatrização das feridas, aumentando a fibroplastia.

c) Embolias. Segundo Keller e Ginglinger (9), o levantar precoce previne grandemente o aparecimento de embolias, por evitar a constituição das trombozes. Acham eles que deve ser realizado durante as primeiras 24 horas, no curso das quais se produzem as trombozes fisiológicas após o parto. E' para evitar sua extensão além dos limites fisiológicos, que a circulação venosa deve ser ativada desde o primeiro dia. Mais tarde, certas veias podem então ser sede de trombozes e o levantar precoce

será não sómente muito tardio para evitá-las, mas pode mesmo tornar-se perigoso por ocasionar sua mobilização na circulação.

d) Prolapsos. As deslocções de órgãos são geralmente consequência dum parto mal conduzido, de intervenções inevitáveis ou de condições tissulares próprias à paciente, segundo Kreis (11), o qual acha que não são mais frequentes os prolapsos nas pacientes que levantaram precocemente, comparativamente às que permaneceram em repouso prolongado após o parto. Keller e Ginglinger (9), acham que o levantar precoce associado à ginástica no leito como recomendam, tem uma ação benéfica promovendo maior solidez do assoalho pelviano. Medina (12), refere que a interposição de alças intestinais no cavum vesico-vaginal concorre na genese de retroversão uterina, fato que se verifica no decúbito dorsal em caso de útero puerperal sub involuído, donde conclue que o levantar precoce diminuindo a possibilidade dessa interposição, constitui um meio profilático do referido desvio; além disso, o levantar precoce favorecendo a involução uterina evita a ocorrência desses desvios. A experimentação dos que têm empregado o levantar precoce é de que esse procedimento não aumenta a frequência de prolapsos. Steinhart (19), fazendo levantar precocemente pacientes submetidas a operações ginecológicas e acompanhando o pós-operatório tardio durante 6 e 8 meses, não verificou roturas, hérnias, cistoretóceles ou prolapsos em nenhum caso. Cornell e Mullen (4), em 1.000 parturientes levantadas precocemente, não verificaram casos de prolapso uterino. Rotstein (16) afirma que a involução do útero foi acelerada e não foi registrado caso algum de prolapso uterino.

Analisando vantagens e desvantagens do levantar precoce no puerperio, Guerreiro (5), baseado em 2.926 casos, conclue que o levantar precoce oferece vantagens à paciente obstetrica sem impôr nenhuma desvantagem. O exame pós-parto no fim de 6 semanas mostrou melhores condições em comparação às outras puerperas. Prolapsos, malposições e sub involução do útero foram verificados com menor frequência que nas outras pacientes que permaneceram em repouso no leito.

Armahdo (1), baseado em suas observações, refere jamais haver encontrado inversão, prolapso ou retroversão imputáveis ao levantar precoce nas puerperas.

VANTAGENS DO LEVANTAR PRECOCE EM OBSTETRICIA

As vantagens desse procedimento são consequência da liberdade de movimentação e de deambulação concedida às puerperas que assim podem executar atividades relacionadas com os cuidados que deve ter consigo mesma e com seu filho, o que reflete benéficamente tanto sob o aspéto orgânico como psíquico.

A drenagem dos lóquios se faz mais facilmente. O exercício promove o reforço da musculatura do assoalho pelviano e da parede abdominal. A ativação da função respiratória e circulatória evita o aparecimento de complicações e, além do mais, concorre para melhorar o estado geral. A função intestinal e a urinária se beneficiam com esse procedimento e assim são menos frequentes os cateterismos e a necessidade de enemas. Para amamentar, a puerpera pôde adotar a posição que lhe fôr conveniente, tendo para isto liberdade de movimentação. A recuperação física se torna mais rápida e o estado psíquico da puerpera apresenta-se melhor, de tal maneira que, são menos frequentes as queixas de dores e de indisposições.

IMPOSSIBILIDADE DE EXECUTAR O LEVANTAR PRECOCE

Existem casos em que não é possível conseguir o levantar precoce da puerpera, como seja em face de disjunções pubianas, hemorróides muito desenvolvidas e condições outras em que a paciente acusa dor acentuada quando se movimenta. Toaff (20) refere o aparecimento de artropatia das articulações pelvianas depois de esforço em puerperas que praticaram a deambulação precoce, o que obrigou essas pacientes a adotarem o regime de repouso no leito. Acreditamos que o aparecimento de perturbações na função das articulações pelvianas têm como causa condições inerentes ao parto e não dependem propriamente do fato destas pacientes levantarem precocemente.

Por vêzes, o psiquismo da paciente não permite a ela obedecer as determinações do médico para levantar precocemente; isto pôde ser evitado por um preparo psíquico conveniente, fazendo compreender desde antes do parto a conduta que será seguida e as vantagens que daí decorrem.

Existe realmente condições em que é impossível ou mesmo desaconselhável fazer a puerpera levantar precocemente, como sejam em certos casos de eclampsia, cardiopatias, anemias intensas, enfim, quando existe comprometimento do estado geral.

OBSERVAÇÕES PESSOAIS

Embora já tivéssemos antes usado em alguns casos o levantar precoce, só ultimamente temos empregado esse procedimento como rotina nas pacientes por nós atendidas. Continuamos a usar o levantar precoce e assim o número de casos observados é regularmente grande até o momento, porém, nios basearemos neste trabalho apenas em observações correspondentes às parturientes internadas na Maternidade de São Paulo, durante o ano de 1950, sob nossos cuidados e pertencentes à C.A.P. de Serviços Públicos de São Paulo.

PARTOS NORMAIS E OPERATÓRIOS

NATUREZA	N.º DE CASOS	%
Cesariana.....	14	3,46
Fórcipe.....	63	15,56
Extração pelviana.....	9	2,22
Versão interna.....	1	0,24
Partos operatórios.....	87	21,48
Partos normais.....	218	78,52
Total de partos.....	405	100,00

Foram partejadas 399 mulheres, registrando-se 394 prenhezessimples, 4 duplas e 1 tripla. Em consequência ocorreram 405 nascimentos. Destas parturientes, 144 eram primíparas. A frequência de partos operatórios foi de 21,48%.

Não sistematizamos a movimentação e nem determinamos de maneira rígida o momento em que a puerpera deve levantar, mais sim animamos a paciente, despertamos nela o interesse para levantar e ordenamos que assim proceda o mais cedo possível de acôrdo com sua disposição. Durante as primeiras horas que se seguem ao parto recomendamos repouso no leito, ficando a paciente sob vigilância até que se tenha constatado o útero bem contraído e a inexistência de perda sanguínea anormal. Geralmente, a puerpera após o parto mostra-se sonolenta e deseja dormir. Dorme e descansa. Após esse repouso voluntário, então, tem nosso consentimento para movimentar-se à vontade e levantar quando desejar. Assim a puerpera senta e levanta geralmente dentro de 24 horas, conforme sua disposição.

Nesta série de puerperas por nós referida apenas em um caso fracassou o levantar precoce. Esta paciente apresentava psiquismo pouco favorável e após trabalho de parto prolongado aplicamos (P. S. G.) fórcipe de Simpson-Braun, sob anestesia geral (ciclo-eter-oxigênio), após episiotomia. Levantou pela primeira vêz cerca de 12 horas após o parto com dificuldade e não mais quis levantar alegando acentuada dor em consequência de mamilos hemorroidários grandes que apresentava. Não urinou espontaneamente e foi necessário cateterismo durante tôda sua permanência na Maternidade, onde teve alta quando conseguiu levantar e locomover, no 7.º dia de pós-parto. A episiotomia cicatrizou bem e não teve outras complicações.

Em apenas um caso tivemos um processo supurativo ao nível da episiotomia, com cicatrização demorada por segunda intenção, em uma paciente que levantou no primeiro dia de pós-parto e que não atribuímos ao levantar precoce, mas sim ao terreno e às condições próprias ao caso. Nesta paciente aplicamos

(P. S. G.) fórcepe de Simpson-Braun, após trabalho de parto prolongado, tendo feito episiotomia; apresentando perda sanguínea abundante após a dequitação, foi feita transfusão de sangue, em virtude do estado geral comprometido.

Não foram registrados casos de tromboflebitis, flebotromboses ou embolias.

Não verificamos caso algum de prolapso, em exames feitos posteriormente.

Em nossa experiência, não observamos inconvenientes algum com o levantar precoce e nossos resultados com o seu emprêgo após parto normal e parto operatório nos mostraram a sua real utilidade. As vantagens são:

1.º) a paciente mostra-se mais entusiasmada e fica melhor preparada psiquicamente para nova gravidez, percebendo que são menores as restrições a que obriga o puerperio.

2.º) a paciente tem a oportunidade de cuidar por si própria do seu filho ou pelo menos de ir apreendendo esse mister, pela liberdade de movimentos que lhe é permitida durante os dias em que permanece na Maternidade.

3.º) economia de leitos na maternidade, o que reverte em benefício de ambas as partes, o contribuinte e o hospital, porquanto mais cedo pôde ser dada a alta. O rendimento do leito-dia torna-se maior. Este procedimento supre os inconvenientes muito frequentes da falta de pessoal (enfermeiras), posto que a paciente dispensa em grande parte os serviços das mesmas, uma vez que pôde se cuidar por si própria.

4.º) melhor adaptação à volta para o lar, onde a paciente chega após ter alta, com os movimentos perfeitamente desembaraçados e em condições de executar os pequenos afazeres domésticos. Este fato é de suma importância, principalmente, entre as mulheres de famílias menos abastadas e que não contam com auxílio de empregadas domésticas, como é em geral o caso das nossas pacientes da C. A. P.

5.º) melhor drenagem de lóquios, melhor involução uterina, melhor funcionamento do aparelho urinário e do digestivo, melhor circulação do sangue e conseqüentemente maior profilaxia das infecções e volta mais rápida às condições habituais, por uma recuperação física mais acentuada.

R E S U M O

O levantar precoce em obstetricia deve ser instituído logo nas primeiras horas após o parto para que com ele se consigam os resultados desejados. Apresenta muitas vantagens sobre o antiquado procedimento do repouso prolongado no leito e não oca-



"Torres,, apresenta...

...uma nova terapêutica

Glico Necroton

HIPERGLICOSE (50%)
associada ao princípio antitóxico
do fígado

USO ENDOVENOSO

ampolas de 10 ou 20 cm³



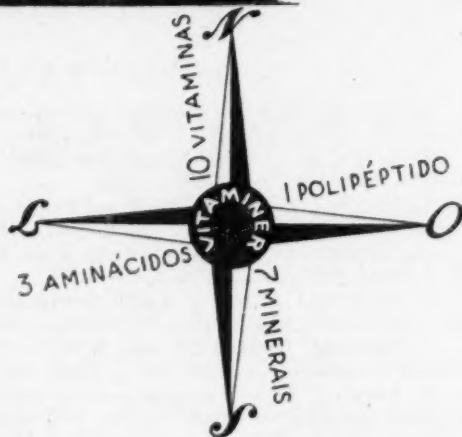
LABORATÓRIO TORRES S/A
Orientação científica Prof. Otto Bier
Dep. Propaganda: R. da Liberdade 834 - 5.º andar
São Paulo

siona inconveniente algum quando bem orientado, seja após parto normal ou após parto operatório por via abdominal ou transpélvica. Os resultados relatados neste trabalho são referentes a 399 puerperas pertencentes à C. A. P. de Serviços Públicos, atendidas na Maternidade de São Paulo, durante o ano de 1950, compreendendo 87 partos operatórios (14 cesareas, 63 aplicações de fórceps, 9 extrações pelvianas e 1 versão interna). Nenhuma complicação foi verificada, que pudesse ser imputada ao levantar precoce.

BIBLIOGRAFIA

1. ARMAND, M. F. — Lavantar précoce dans les suites des couches. *Obst. y Gin. Lat. — Amer.*, 1:688-694, 1943.
2. BELLIS, J. C. — Immediate ambulation after celiotomy. *J. Internat. Coll. Surgeons*, 14:517-523, 1950.
3. BELLIS, J. C. e DOSS, A. K. e GRAFT, C. B. — The circulation rate after operation. *Surgery*, 13:35-43, 1943.
4. CORNELL, E. L. e MULLEN, J. J. — Early rising after delivery. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 55:768-777, 1948.
5. GUERREIRO, W. F. — Early controlled ambulation in the puerperium. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 51:210-215, 1946.
6. HEADINGS, D. M. e PALMER, R. E. — Relation of early rising to morbidity in cesarean section. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 52:661-664, 1946.
7. JORGE, C. F. — Levantar precoce em Obstetrícia e o Serviço de Assistência Obstétrica a Domicílio. *Rev. de Gin. e d'Obst.*, 37:288-295, 1943.
8. JOYCE, N. T. — Early ambulation in gynecology and obstetrics. *Med. Times*, 74:77-79 e 89, 1946.
9. KELLER, R. e GINGLINGER, A. — Les avantages du lever précoce après l'accouchement. *Gynéc. et Obst.*, 47:310-312, 1948.
10. KING, A. — Early puerperal rising. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 52:657-660, 1946.
11. KREIS, M. — Le lever précoce après l'accouchement. *Gynéc. et Obst.*, 46:352-353, 1947.
12. MEDINA, J. B. — Levantar precoce das laparotomizadas. Tese inaug. Fac. Med. da Universidade de S. Paulo, 1924.
13. NEWBURGER, B. — Early postoperative walking; influence of exercise on wound healing in rats. *Surgery*, 13:692-695, 1943.
14. POTTS, W. J. e SMITH, S. — Pulmonary embolism. *Arch. S. Surg.*, 42:661-671, 1941.
15. ROSEMBLUM, G. e MELINKOFF, E. e FIRST, H. S. — Early rising in the puerperium. *J. A. M. A.*, 129:849-850, 1945.
16. ROTSTEIN, M. L. — Getting patients out of bed early in the puerperium. *J. A. N. A.*, 125, 838-840, 1944.
17. ROYSTER, H. P. e MCCAIN, L. I. e SLOAN, A. — Wound healing in early ambulation. *Surg. Gynec. and Obst.*, 86:565-570, 1948.
18. SAINT-VICTOR, J. — Le lever précoce en obstétrique. *Laval Med.* 15:1219-1251, 1950.
19. STEINHART, P. F. — A clinical study of early postoperative ambulation in gynecology. *Surg. Gynec. and Obst.*, 82:348-352, 1946.
20. TOAFF, R. — *Acta med. orient.*, 8:86-89, 1949. Cit. por GREENHILL, J. P. *Year Book of Obst. and Gynec.*, 1950.

VITAMINER



De insuperável e elevada potência polivitamínica, o VITAMINER apresenta a vantagem de reunir, perfeitamente separados em camadas superpostas, 10 vitaminas, 7 minerais, 3 aminácidos e 1 polipéptido numa única drágea



LLS

— a marca de confiança —

A úlcera jejunal posoperatória *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

Mestre do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

A úlcera jejunal que aparece depois de uma intervenção operatória que desvia o trânsito alimentar do trajeto duodenal, fazendo-o passar diretamente do estômago para o jejuno, constitui sem dúvida o ponto negro da cirurgia gástrica.

Com efeito, trata-se de uma superveniência indiscutivelmente ligada ao ato cirúrgico e que apresenta aspectos clínicos cuja gravidade não se pode menosprezar. O indivíduo que é acometido dessa complicação torna-se praticamente inútil para o trabalho, até que uma segunda, ou talvez terceira ou quarta intervenção o venha livrar de um sofrimento geralmente mais intenso e persistente do que aquele que o importunava antes de ter se submetido à operação provocadora.

Felizmente o aperfeiçoamento da técnica da cirurgia gástrica e a condenação, pela dura experiência, de uns tantos tipos de intervenção, vem diminuindo a incidência da úlcera jejunal, mas há ainda uma pequena porcentagem de casos operados sob os mais cuidadosos requintes de técnica e sob a mais apurada orientação tática em que surge inesperadamente uma úlcera jejunal posoperatória.

Persiste, pois, ainda em nossos dias, o problema da úlcera jejunal posoperatória e fez muito bem em promover o seu estudo o VIII Congresso Interamericano de Cirurgia em reunião conjunta com o XXII Congresso Argentino de Cirurgia.

Si o tema oficial se cinge a questões de tratamento, esperamos nos seja permitido, a nós contribuintes espontâneos, fazer algumas considerações de ordem especulativa, ao lado da exposição do nosso ponto de vista terapêutico, baseado em experiência pessoal.

Assim, parece-nos de oportunidade focalizar num certame internacional da repercussão do presente a questão da nomenclatura do processo mórbido. Dando a este trabalho o título de

* Trabalho apresentado ao VIII Congresso Interamericano de Cirurgia, em Buenos Aires, em 4 de outubro de 1951.

A ÚLCERA JEJUNAL POSOPERATÓRIA

mostramos desde logo a nossa discordância com relação à denominação oficial de "Úlcera peptica postoperatória" dada ao tema em discussão. Convém a este ou a outros tipos de úlcera o adjetivo "peptica"?

Vejamos.

O adjetivo "peptico" vem do grego *πεπτικός* e exprime "o que auxilia a digestão dos alimentos" ou, sintetizando, "digestivo". Ora, "digestivo" é o que facilita a digestão. Portanto, se aplicamos à úlcera o adjetivo "peptica" no sentido de "digestiva", teríamos concordado em que a úlcera "facilita a digestão", o que é um absurdo do ponto de vista clínico, pois a existência de úlcera no estômago ou no jejuno se manifesta por sintomas de perturbação da digestão.

Se, porém, queremos dizer que se trata de uma úlcera formada por autodigestão, o adjetivo a empregar-se seria não auto-peptica, pois que a úlcera não se digere a si própria, mas peptogênea, o que vale dizer "originada da digestão". Convém assinalar, entretanto, que os dicionaristas dão a este adjetivo uma significação puramente convencional, sem o menor respeito às leis da derivação das palavras.

Mas será verdadeira a expressão "Úlcera peptogênea"?

Teve fóros de classicismo o conceito de que a úlcera do estômago e adjacências era provocada por ação digestiva dos fermentos gástricos e ainda hoje há quem repita a definição de Dorland de que a "úlcera peptica é causada pela ação do suco gástrico ácido". Mas esse conceito está profundamente abalado pela verificação clínica de inúmeros casos de hiperacidez gástrica sem a formação de úlcera, de uma certa porcentagem de casos de úlcera sem hiperacidez e até com hipoacidez gástrica e pela comprovação anatomo-patológica de que as lesões das paredes e imediações da úlcera são de natureza proliferativa, dependentes de ação irritativa mecânica e não de processos destrutivos, como são os de corrosão e digestão.

Assim, não há razão para se qualificar a úlcera de peptogênea.

Deve-se, portanto, proscrever o uso da expressão "úlcera peptica" ou "úlcera peptogênea".

Outras denominações usuais são "úlcera gastro-jejunal", "úlcera da boca anastomótica", "úlcera da neoboca", "úlcera marginal" e quejandas. Eis aí outras expressões que nem sempre correspondem à realidade. Tais denominações são aplicadas na suposição de que a úlcera se assesta exatamente ao nível da gastro-jejunostomia. Ora, quem está habituado a trabalhar em cirurgia gástrica e já tem visto um certo número de casos de úlcera jejunal posoperatória certamente observou que em grande número

de casos a úlcera não se forma na passagem da mucosa gástrica para a jejunal, mas afastada dessa linha, em qualquer ponto próximo da parede do jejuno, seja na alça aferente, seja na alça eferente, seja na porção mesial fronteira da neoboca.

Essa verificação é capaz de trazer novas luzes no estudo da

ETIOLOGIA

da úlcera jejunal posoperatória, em concordância com fatos já observados em relação com a formação das úlceras do estômago e do duodeno. De fato, se a úlcera sempre se assentasse precisamente em qualquer parte do anel que constitui a neoboca, haveria motivo para se pensar que fosse determinada pela irritação de um fio de sutura persistente, como antigamente se acreditava, quando era corrente o emprego de fios de seda ou de linho. Já tivemos a oportunidade de verificar a presença de fio inabsorvível semiflutuante ao nível da anastomose em ponto diferente daquele em que existia a úlcera jejunal posoperatória.

A presença desta fora da neostomia, geralmente na alça eferente ou em conexão com o bordo mesial do jejuno, bem em frente à abertura da nova boca, é demonstração cabal da sem-razão dessa velha teoria lançada para explicar o aparecimento da lesão que ora nos ocupa a atenção e serve de forte argumento para fortalecer a justificação da teoria mecânica já por muitos admitida quanto ao caso das úlceras simples do estômago e do duodeno.

Do estudo minucioso que fizemos de 994 peças operatórias retiradas de indivíduos úlcerosos concluímos "que a úlcera se assenta preferencialmente nas zonas que sofrem com mais frequência o atrito abrupto do bolo alimentar". Considerando que mais de 75% dos casos são de úlceras bulbares, sendo que em 67,4 % dos casos há lesão na face anterior do bulbo duodenal, acentuamos que essa parede se encurva para cima e para trás, "oferecendo a sua mucosa ao jato alimentar que se projeta do estômago".

Ora, nos indivíduos nervosos, com hipercinesia gástrica, o bolo alimentar pode ser violentamente arremessado contra a parede anterior do bulbo, criando aí condições favoráveis ao aparecimento da úlcera. Posto o indivíduo em repouso e dieta, afastados os componentes nervosos da disfunção existentes, cessa a ação mecânica no lugar afectado e a úlcera tende à cicatrização e por vezes rapidamente se cicatriza.

"Por uma discinesia do músculo pilórico (alterações nervosas de causa geral ou local — gastrite), o conteúdo gástrico pode ser projetado também contra a face posterior ou contra um dos bordos do bulbo duodenal, dando-se aí a formação da úlcera", pois que, segundo Juan Sala Roig, "no duodeno, o nicho ulceroso encontra-se na prolongação do eixo pilórico" e, segundo Deaver

e Burden, "a disfunção do esfíncter pilórico não somente causa os sintomas da úlcera mas precede ao aparecimento dela".

Quanto às úlceras do estômago, que em mais de 70% dos casos se assestam ao nível da pequena curvatura, na linha que vai da cárdia ao piloro, com acentuada predominância no setor do antro pilórico, também aqui a importância do fator mecânico é preponderante, pois que, — ensina-nos a fisiologia — os movimentos peristálticos do estômago se iniciam ao nível da grande curvatura, na sua parte média, progredindo rumo ao piloro, e quando se tornam mais intensos e alterados, em virtude de perturbações de ordem nervosa, são capazes de projetar violentamente o conteúdo gástrico de encontro a um determinado ponto da pequena curvatura, aí se formando a úlcera. Não será, pois, por descer preferentemente pela "magenstrasse" que os alimentos vão provocar, mas só em determinado ponto, o aparecimento da úlcera, e sim pela ação mecânica violenta em certa época desencadeada por uma disfunção motora do estômago.

Por mais de uma vez já assinalamos a importância da discinesia da cárdia na produção da úlcera da parede anterior ou posterior do estômago, geralmente situada nas proximidades daquele orifício.

Tal modo de ver está de acordo com os pontos de vista dos que dão primordial importância ao sistema nervoso, pois é graças às alterações deste que se observam as disfunções capazes de concorrer para a formação da úlcera, seja no setor cinético, seja no setor secretório.

Aplicando a mesma etiologia ao caso da úlcera jejunal posoperatória, podemos dizer que a projeção violenta e reiterada do bolo alimentar contra um determinado ponto da neoboca ou, através desta, contra um determinado ponto de mucosa jejunal é a causa determinante do aparecimento e persistência da úlcera.

E' por isso que a vagotomia dá, em grande número de casos, resultados satisfatórios no tratamento da úlcera jejunal posoperatória: coíbe a discinesia, faz desaparecer a ação traumatizante do bolo alimentar. E' por isso que a eliminação da parte motora do estômago por uma ressecção ampla diminui consideravelmente a

INCIDÊNCIA

da úlcera jejunal posoperatória, tão freqüente quando a simples gastro-jejunostomia era a tática operatória mais empregada.

Vejamos, agora, apenas à luz do material do nosso Serviço e a título de contribuição pessoal à atualização do assunto, quais os dados que podemos apresentar com relação a ocorrência da úlcera jejunal posoperatória no ambiente em que trabalhamos.

Convém lembrar, de início, que a difusão que mereceu em nosso meio a ressecção gástrica ampla desde a terceira década deste século faz com que a incidência da úlcera jejunal posoperatória seja aqui nitidamente menor do que em outros centros cirúrgicos do país, onde só mais tarde a gastroduodenectomia parcial veio ganhando terreno sobre a gastro-jejunostomia.

Assim, não se deve estranhar que em nosso Serviço em pouco mais de 22 anos — no período de 19 de abril de 1929, quando praticamos a primeira operação por úlcera, até 31 de agosto de 1951, quando demos por encerrada a computação desta estatística, — apenas foram registradas 28 intervenções por úlcera jejunal posoperatória num total de 1.367 operações por úlcera do tracto gastro-duodeno-jejunal.

Isso dá uma incidência de 2,04% no total das úlceras operadas. Deve-se notar, entretanto, que entre essas 28 intervenções havia dois casos de úlcera reincidente, exigindo, cada um, três intervenções cirúrgicas, o que reduz o número de doentes para 24 e a porcentagem de incidência para 1,76.

Como se vê, a incidência da úlcera jejunal posoperatória em nosso meio é relativamente baixa. O número acima não exprime, porém, a porcentagem real do aparecimento da lesão jejunal em doentes por nós operados. Com efeito, dos 24 doentes aqui registados somente 4 tinham sofrido a primeira intervenção sob as nossas mãos e 20 tinham sido anteriormente operados em outros serviços. Dessa forma, a incidência da úlcera jejunal posoperatória em doentes por nós anteriormente operados é apenas de 0,29%. Poder-se-á alegar, e com razão, que, se tivéssemos a oportunidade de intervir em doentes anteriormente operados por outros cirurgiões, estes também devem ter tido a oportunidade de intervir em doentes por nós anteriormente operados.

A isso podemos contrapor duas alegações: A primeira é que a grande maioria dos nossos gastrectomizados pertence a instituições ou sociedades, onde a revisão dos casos é normalmente feita e onde a superveniência de uma úlcera jejunal posoperatória seria assinalada na ficha clínica ou por nós mesmos verificada nos exames periódicos a que submetemos os operados, pelo menos no primeiro ano depois da intervenção. Demais, é sabido que, em geral, o doente procura o seu operador logo que percebe qualquer anormalidade, principalmente se pertence à Caixa ou Sociedade que lhe dá assistência médica gratuita. E' provável, pois, que muito raros serão os casos por nós gastrectomizados que não nos tivessem procurado para nova consulta por úlcera jejunal posoperatória.

A segunda alegação que podemos antepor é a de que em nosso Serviço se contam pelos dedos da mão as vezes em que nos limitamos a praticar a simples gastroenterostomia por úlcera e foi justamente num desses raríssimos casos que tivemos o des-

prazer de ver se formar uma úlcera jejunal recidivante, apesar de vagotomia, estando bem o doente depois de 10 meses da última ressecção. Ora, é sabido que a ressecção fornece menor incidência da úlcera jejunal posoperatória; assim, só poderíamos admitir que tenham ocorrido a outros serviços doentes por nós operados em igual número ao dos gastrectomizados alhures e que recorreram a nós para tratamento de sua úlcera jejunal posoperatória.

Quantos foram?: 9. Assim, mesmo que se suponha que em 4 doentes 3 não mais quizeram procurar o nosso Serviço, 3 tendo sido antes por nós operados e 9 por outros cirurgiões — o total de 12 casos de úlcera jejunal posoperatória em um Serviço onde quasi só se faz a ressecção daria uma incidência que se pode avaliar em 0,87% de 1.367 casos operados.

E' curioso observar que, em nossa estatística, as úlceras jejunaes tenham surgido em igual quantidade de doentes gastrectomizados e gastro-jejunostomizados. Isso poderá dar a falsa impressão de que a úlcera jejunal tanto ocorre em ulcerosos que haviam sofrido a ressecção quanto nos que haviam sofrido a gastro-enterostomia. Mas o fato é que em nosso meio pouco se fez e hoje excepcionalmente se faz a gastro-enterostomia. Assim, é muitíssimo maior o número dos indivíduos que são portadores de um estômago ressecado do que o dos portadores de gastro-enterostomia.

Vejamos os dados de nossa estatística:

	<i>N.º de casos</i>
Gastro-enterostomia retrocólica	11
Gastro-enterostomia antecólica	1
Ressecção com boca retrocólica	6
Ressecção com boca antecólica	6
Total	24

Embora se trate de pequeno número de casos parece que a colocação da boca adiante ou atrás do colo transversal não influe no aparecimento da úlcera jejunal posoperatória, o que, aliás, está de acôrdo com o conceito etiológico atrás expellido.

Passemos agora a analisar

OS NOSSOS CASOS

à luz de vários dados que êles nos podem fornecer e que talvez tenham interesse para estudos comparativos.

Os nossos doentes, à excessão de um, pertenciam ao sexo masculino. Se a úlcera é mais frequente no homem do que na mulher, a relação apontada nas estatísticas é bem diversa de 23 para 1 consignada em nossos casos, justificando a pergunta: é

NOVADREN • FILINASMA

A CRISE ASMÁTICA E SUAS ARMAS TERAPÊUTICAS

A terapêutica da crise asmática está condicionada ao conhecimento de seu substrato anômico e de sua fisiopatologia.

1.) SUBSTRATO ANATÔMICO Resumidamente verifica-se um edema das paredes brônquicas; "a urticária da mucosa brônquial" (Clearf).

2.) FISIOPATOLOGIA Bronco-espasmo com manifestações hipercolinérgicas que se traduz pela dispnéia paroxística bem conhecida.

EIS SEUS DOIS PRINCIPAIS ELEMENTOS MEDICAMENTOSOS

NOVADREN

NOVADREN é o isopropil-nor-adrenalina, eficiente bronco-dilatador 10 vezes mais ativo que a adrenalina e melhor tolerado.

APRESENTAÇÃO:

1.) NOVADREN Inhalante elimina o acesso asmático imediatamente em 84% dos casos com apenas 6 inspirações (Gay L. e Long J.)

NOVADREN-estojo contém um aparelho inalador especial acompanhado de um vidro de solução de NOVADREN a 1 p. 200.

NOVADREN comprimidos contém 0,01g de princípio ativo. Estes comprimidos são de absorção perlingual.

FILINASMA

A eupneia obtida rapidamente com o NOVADREN é, infelizmente, em certos casos, pouco duradoura. Convém logo após, estabelecer um estado refratário ao desencadeamento de novo acesso.

Dispõe-se para este fim do FILINASMA que, por seus elementos bronco-dilatadores antialérgicos, vagolíticos simpaticotônicos e sedativos, conseguirá não só abortar a crise asmática, mas também evitar seu reaparecimento por longo tempo. Numerosas são as pessoas que conseguem manter-se em eupneia após o uso prolongado de FILINASMA.

LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.
RUA TAMANDARÉ 777 TEL. 36 4572
SAO PAULO



FILINASMA • NOVADREN

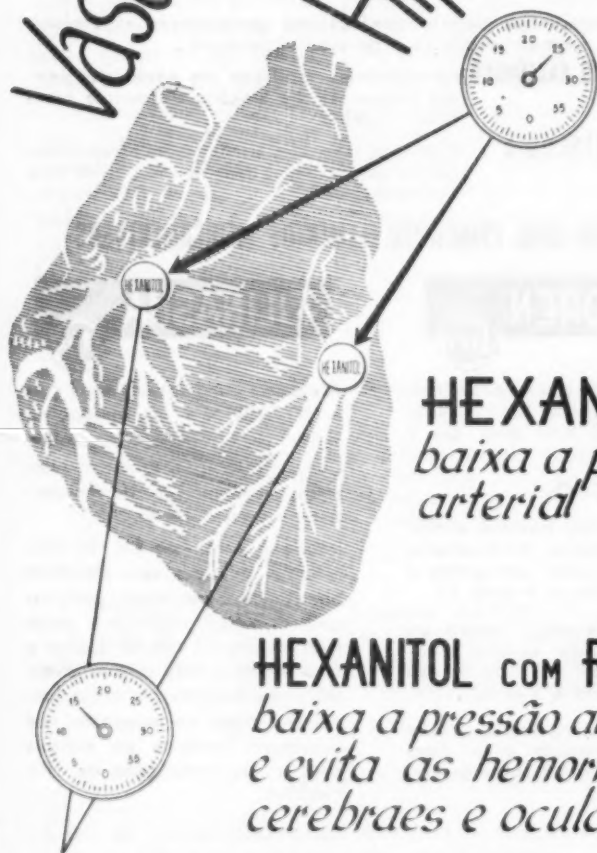
FILINASMA • NOVADREN



HEXANITOL

HEXANITOL com RUTINA

Vaso-dilatadores
Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL com RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

Donatelli

HEXANITOL



HEXANITOL com RUTINA

o sexo feminino menos sujeito à úlcera jejunal posoperatória do que às úlceras do estômago e do duodeno? Sim — é a resposta que nos dão as estatísticas.

Quanto à cor, também apenas registamos um indivíduo parado, para 23 brancos.

O quadro da nacionalidade dos doentes oferece-nos o seguinte panorama:

	N.º
Brasileiros	19
Espanhóis	2
Italianos	1
Russos	1
Checoslovacos	1
Total	24

Esses números indicam que para 19 nacionais houve 5 estrangeiros. É digno de registro a observação entre nós feita da elevada ocorrência da úlcera entre a colônia espanhola. Os dados acima confirmam essa observação uma vez que se leve em conta que a colônia italiana, muito mais numerosa, só está representada por um caso.

São curiosos os informes relativos à idade dos doentes. O mais moço tinha 25 anos e o mais idoso 57. A distribuição por idade pode ser avaliada no seguinte quadro:

	N.º	%
De 25 a 30 anos	2	8,3
De 31 a 35 anos	6	25,0
De 36 a 40 anos	6	25,0
De 41 a 45 anos	7	29,2
De 46 a 50 anos	2	8,3
Acima de 50 anos	1	4,2
Total	24	100,0

Como se vê, a incidência é maior na idade madura, predominando dos 31 aos 45 anos.

O diagnóstico radiológico nem sempre foi feito. Poucas vezes se pôde obter uma radiografia com nítido nicho ulceroso. Geralmente o que se observa é a irregularidade dos contornos. Relativamente comuns são os sinais radiológicos da jejunitis e não é raro a observação de alças jejunais dilatadas, com deformações da imagem normal de sua mucosa. Assim, nem sempre nos pudemos basear pelo exame radiológico. Muitas vezes o que predominou na indicação operatória foram os sinais clínicos subjetivos. As vezes foi a simples reincidência de hemorragias do tubo digestivo que impoz o ato cirúrgico.

O diagnóstico firmado pelos vários elementos semiológicos e pela verificação operatória foi o que resumimos no quadro seguinte:

Úlcera jejunal posoperatória simples	16
Úlcera jejunal posoperatória dupla	2
Úlcera jejunal posoperatória dupla + úlcera duodenal	2
Úlcera jejunal posoperatória + úlcera duodenal ...	6
Úlcera jejunal posoperatória + litíase vesicular ...	1
Úlcera jejunal posoperatória + fistula gastro-cólica	1
Total	28

Por duas vezes foi encontrada uma úlcera perfurante da parede anterior do abdome e por duas vezes uma úlcera perfurante do fígado.

Quanto à séde da lesão jejunal, podemos organizar o seguinte quadro:

Na boca anastomótica (marginal)	19
Fóra da boca anastomótica (jejuno)	12
Sem informação de séde na ficha cirúrgica	1
Total das úlceras encontradas	32

A localização pode ser assim especificada:

Úlcera marginal:	
No ângulo proximal	4
No ângulo distal	7
Na face anterior	1
Na face posterior	2
Sem indicação	5
	<hr/>
	19
Úlcera jejunal com a boca indene:	
Na alça aferente	1
Na alça eferente	3
No bordo mesentérico	8
	<hr/>
	12
Sem indicação de séde	1
	<hr/>
Total de úlceras encontradas	32

Vê-se por este quadro que em nossos casos predominam a úlcera marginal, cuja porcentagem foi de 61,3 para 38,7% de úlceras fóra da boca anastomótica. Esses dados fazem-nos deixar definitivamente de lado a suposição de que a úlcera seria consequência de defeito de técnica na feitura da boca ou da presença de fio inabsorvível agindo como corpo estranho. Em um dos nossos casos, havia fio de seda na boca, flutuante ao nível do orifício, fóra da séde da úlcera.

A lesão recidivante foi assinalada em 3 casos: em dois por nós mesmos operados e em mais um operado inicialmente pelo

dr. Olavo Trindade, que fez ressecção seguida de anastomose precólica, e depois, da úlcera jejunal, pelo dr. José Saldanha Faria, que fez ressecção da boca, e nova gastrojejunostomia seguida de jejuno-jejunostomia.

Assim, em nossa estatística, a reincidência da úlcera jejunal posoperatória ocorreu em 12,5% dos casos.

Apenas 4 dos doentes que são objeto deste estudo tinham sido anteriormente operados de sua úlcera originária em nosso Serviço e 20 por outros cirurgiões.

Três dos doentes não informaram qual o médico que lhes havia praticado a primeira intervenção.

Como a maioria dos doentes tinham sido operados anteriormente em outros serviços, não nos foi possível fazer uma investigação segura sobre a sede da úlcera primitiva, afim de avaliar a porcentagem dos casos de úlcera gástrica em que se veio a formar a úlcera jejunal posoperatória. Nos nossos 4 casos, a lesão primitiva estava assentada no bulbo duodenal.

O tempo decorrido entre a operação e o aparecimento dos primeiros sintomas da úlcera jejunal posoperatória pode ser apreciado no quadro seguinte:

	EM CASOS DE ressecção	gastro-enterostomia
Menos de 3 meses	5	1
3 meses	3	—
4 meses	1	—
6 meses	2	2
8 meses	2	—
1 ano	1	—
2 anos	—	2
3 anos	—	2
4 anos	1	1
5 anos	—	1
6 anos	—	1
10 anos	1	1
17 anos	—	1
	16	12

Em resumo:

	Ressecção	Gastro-enterostomia
No primeiro ano	13 ou 81,25%	3 ou 25 %
De 1 a 5 anos	2 ou 12,5 %	6 ou 50 %
De 6 a 10 anos	1 ou 6,25%	2 ou 16,6%
Depois de 10 anos ...	—	1 ou 8,3%

Este quadro confirma a assertiva de que a úlcera jejunal posoperatória geralmente ocorre precocemente nos casos de ressecção e mais tardiamente nos casos de gastro-jejunostomia: no primeiro ano enquanto a ressecção dá o índice de 81,25, a gastro-jejunostomia apenas consigna 25. Depois de um ano, dá-se a

inversão: 75 para a gastro-jejunostomia e apenas 18,75 para a ressecção. Assim, quanto mais afastado está da operação, menos probabilidade tem o ressecado de apresentar uma úlcera jejunal posoperatória.

Vejamos agora qual a

CONDUTA CIRÚRGICA

que tivemos nos 28 atos operatórios levados a efeito nos 24 doentes de nossa estatística.

Convém assinalar, desde o início, que a concepção etiopatogênica por nós aceita autoriza-nos a não ressecar necessariamente a úlcera, uma vez que ela seja desviada da corrente alimentar.

E' por isso que, na ressecção gástrica, não nos preocupamos em retirar a cratera de uma úlcera da parede posterior do bulbo duodenal ou de uma úlcera gástrica perfurante do corpo do pâncreas, bem como uma úlcera simples do ângulo superior ou da 2.ª porção do duodeno. O que fazemos questão é de retirar todo o estômago motor, aí incluindo o anel pilórico. A observação mostra que uma vez desviada da corrente alimentar a úlcera tende à cicatrização rápida, cedendo imediatamente tôda a sua sintomatologia.

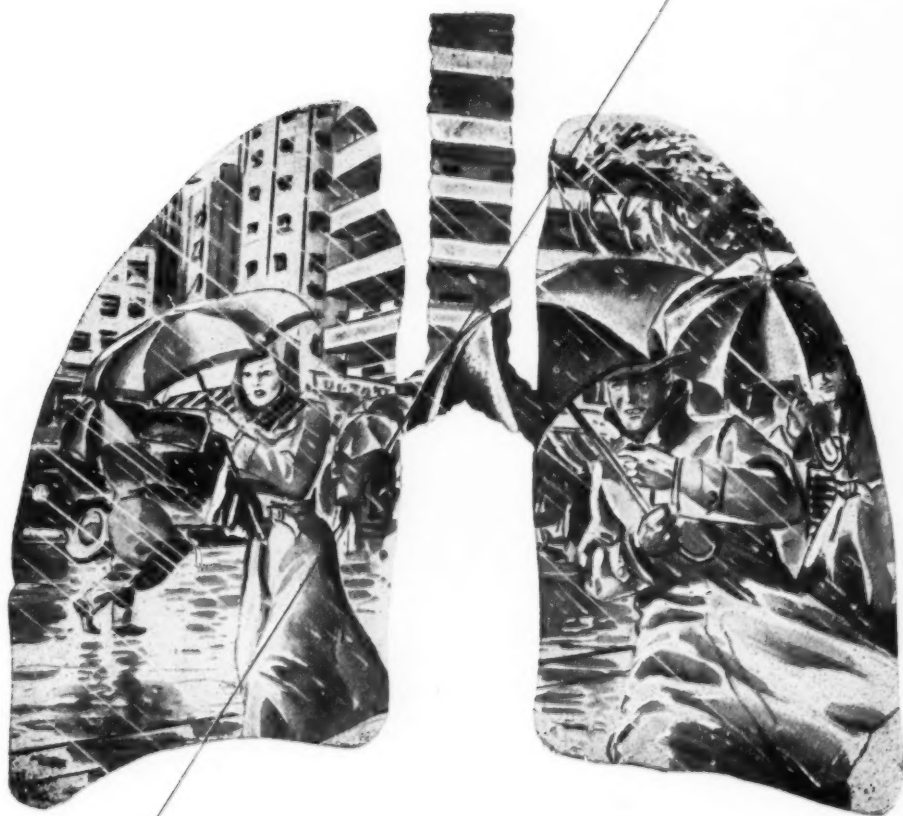
Alicando esses fatos à úlcera jejunal posoperatória, não nos preocupamos em extirpá-la, se está situada no bordo mesentérico, formando cratera cuja excisão poderia comprometer seriamente a irrigação arterial de certa porção do delgado. Claro que, se não nos parece perigosa a excisão, nós a praticamos, mas nunca observamos qualquer inconveniente em deixar a úlcera seja na luz do jejuno a montante da nova anastomose, seja completamente excluída no seu leito mesentérico, limitando-nos, nestes casos, a toca-la com tintura de iodo.

Quando se trata de uma úlcera marginal, ao nível da boca, fazemos a ressecção desta, retirando uma porção maior ou menor de estômago, conforme a extensão da ressecção anteriormente feita, e, quando aconselhável, aproveitamos a mesma brecha do jejuno para a feitura da nova anastomose. Si a operação anterior foi a simples gastro-enterostomia, a ressecção gástrica é obrigatória, com secção ao nível do bulbo duodenal, geralmente ulceroso.

Se não é aconselhável o aproveitamento da brecha jejunal, o que acontece na maioria das vezes, fazemos o fechamento dela por sutura em dois planos, com uma terceira série de pontos separados de refôrço, empregando o catégute cromado n.º 0 ou 1, montado em agulha atraumática.

A sutura tanto pode ser transversal como longitudinal, de acôrdo com a extensão da abertura do jejuno. Não temos receio em deixar luz intestinal bastante diminuída, pois que ela só vai dar passagem à excreção líquida bilio-pancreática.

GRIPE



TRANSPULMIN

TRANSPULMIN

Solução oleosa à 3 % de quinina básica, cânfora e óleos estéreis.



**Para a quinino-terapia parenteral e indolor das
afecções inflamatórias das vias respiratórias**

Gripe, bronquite aguda e crônica, pneumonia, bronco-
pneumonia, bronquiectasia, abscesso pulmonar, etc.

PROFILAXIA DA PNEUMONIA POST-OPERATÓRIA

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 3 ampolas de 1,2 cm³

"	"	6	"	"	"
"	"	12	"	"	"
"	"	75	"	"	"
"	"	250	"	"	"



Farmaco Ltda

Rua Dom Gerardo, 42 - 2.º

Telefone 23-2610

Caixa Postal 3107

RIO DE JANEIRO

A ressecção da alça jejunal comprometida poucas vezes é necessário realizar. As vezes é contingência determinada por lesões inflamatórias intensas associadas ao processo ulceroso. Nesses casos, o restabelecimento da continuidade jejunal é feito tanto por anastomose termino-terminal como latero-lateral, de acôrdo com as condições locais. A nova anastomose é feita de 10 a 20 centímetros mais abaixo, em parede jejunal que não apresente sinais de inflamação. Praticamos a gastro-jejunostomia termino-lateral com boca total, seja retrocólica, quando as condições locais o permitem, seja mais comumente antecólica.

Com o advento da vagotomia, vimos aí um recurso de valia na prevenção da reincidência da úlcera jejunal posoperatória e a utilizamos em alguns casos, como tempo complementar da ressecção realizada.

Com finalidade curativa, tivemos o desprazer de registrar um fracasso da vagotomia, praticada como recurso único em caso de úlcera jejunal posoperatória: o doente ficou 8 meses sem dores, mas a lesão permaneceu no mesmo e 13 meses depois tivemos a necessidade de realizar uma nova ressecção, com o que ficou bom e a cura mantém-se desde 1 de novembro de 1950.

O quadro abaixo dá idéia da orientação que temos dado à tática cirúrgica para resolver os casos de úlcera jejunal posoperatória.

Gastro-jejunostomia na mesma brecha jejunal ...	2
Gastro-jejunostomia na mesma brecha jejunal + vagotomia	1
Gastro-jejunostomia na mesma brecha jejunal + alcolização periesofagiana	1
Ressecção de jejuno + jejuno-jejunostomia termino-terminal + gastro-jejunostomia	3
Ressecção de jejuno + jejunostomia termino latero-lateral + gastro-jejunostomia	2
Ressecção de jejuno + duodeno-jejunostomia termino-lateral + gastro-jejunostomia	1
Sutura do jejuno + nova gastro-jejunostomia	9
Sutura do jejuno deixando a úlcera + gastro-jejunostomia	5
Sutura do jejuno + gastro-jejunostomia + vagotomia	1
Sutura do jejuno + gastro-jejunostomia + alcolização periesofagiana	2
Vagotomia simples	1
	<hr/> 28

Esses dados podem ser condensados da seguinte maneira:

Ressecção de segmento do jejuno	6
Sutura do jejuno e nova boca	17
Vagotomia simples	1
Aproveitamento da mesma brecha	4
	<hr/> 28
Vagotomia complementar	2
Alcolização periesofagiana complementar	3

Como se vê do quadro acima, usamos a vagotomia complementar em 2 casos e, com a mesma finalidade de suprimir a dor e modificar a motilidade do segmento gástrico residual, empregamos a alcolização periesofagiana em 3 casos.

A intervenção por úlcera jejunal posoperatória é um ato cirúrgico geralmente demorado, em virtude do caráter infiltrativo da lesão e da reação fibrosa que a acompanha, estendendo-se até a cicatriz laparotômica. A operação mais demorada que tivemos durou 2 horas e 55 minutos e mais 3 intervenções ultrapassaram as 2 horas. A metade das operações foi feita em menos de 1 hora e meia e o menor tempo registado foi 1 hora e 8 minutos e meio. O tempo médio gasto em 24 das operações feitas foi de 1 hora 37 minutos e 46 segundos.

A anestesia por nós utilizada foi a seguinte:

Geral por via venosa ...	2		
Geral por inalação	16	18	64,78%
Raqueana pura	2		
Raqueana + local	2		
Raqueana + venosa	1	5	17,86%
Local pura	3		
Local + inalação	2	5	17,86%
		28	

Nessa série de intervenções, tivemos a lamentar a morte de 4 doentes: um de choque hemorrágico no segundo dia, um por hemoperitонеo no 4.º dia, um por peritonite no 7.º dia e finalmente um também por peritonite no fim de 27 dias, antes da era dos antibióticos. Esses quatro casos nos dão a mortalidade de 14,3 % e isso bem mostra a gravidade da intervenção por úlcera jejunal posoperatória.

Tratando-se de uma estatística global, essa cifra não destoa das apresentadas pelos autores clássicos, mas mesmo limitando a apreciação aos últimos dez anos a porcentagem de mortalidade por nós registrada apenas desceu para 10,7 em se computando mais um doente operado recentemente e cujo posoperatório decorreu sem incidentes.

Quante aos resultados à distância, foram bons na quasi totalidade dos casos sobreviventes. 9 operados foram revistos com mais de um ano da operação e achavam-se satisfatoriamente bem. Dois doentes não voltaram à revisão; os demais achavam-se bem quando revistos sete meses (1), quatro meses (1), três meses (2), e dois meses (5) depois da operação.

São esses os dados que a nossa experiência pode apresentar a respeito dessa singular moléstia creada pelas mãos do cirurgião.

Exanguíneo-transusão pela via umbilical na doença hemolítica do recém-nascido *

Arthur Biancalana

(do Banco de Sangue São Lucas)

Paulo de Escragnolle Taunay

(do Banco de Sangue de São Paulo)

Fomos chamados pelo pediatra Armando de Arruda Sampaio no dia 25 de Maio de 1950 que nos entregou a recém-nascida L. S., cuja mãe havia tido dois filhos, sendo o primeiro sadio, o segundo com ligeira anemia, corrigida com a terapêutica clínica habitual e o filho atual, produto da terceira gravidez, nascido à termo, sendo que já nas primeiras horas de vida apresentou-se com rápida e progressiva icterícia. Supondo tratar-se de eritroblastose fetal, foram feitos de urgência à pedido do supra citado pediatra os seguintes exames:

- 1.º D. S. (determinação do fator Rh) mãe da criança
— Rh negativo grupo A
- 2.º U. S. (determinação do fator Rh) pae da criança
— Rh positivo
- 3.º L. S. (determinação do fator Rh) recém-nascida
— Rh positivo grupo A
- 4.º L. S.: exame da série vermelha

Numerosos eritroblastos 700.000 p/mmc ou 20%.

Ao exame palpatório, sentia-se já esplenomegalia acentuada, contrastando com aquêlê feito pelo pediatra, logo após o nascimento.

Ficou estabelecida então a indicação da exsanguíneo-transusão de urgência como meio de tratamento. Como este tipo de tratamento só havia sido feito pelo método de Wiener e Wexler (artéria radial e veia safena), resolvemos, dada a precocidade da indicação (18 horas), pôr em prática pela primeira vez em nosso meio, o método simples do cateter umbelical de Diamond.

Feita a assepsia do cordão umbelical e abdome da criança, foram colocados campos esterilizados protetores. Seccionou-se o cordão umbelical em bico de flauta, afim de com este tornar a luz

da via umbelical mais ampla. Esta veia foi facilmente individualizada pelo seu calibre muito maior do que a das artérias, que além de serem em número de duas, são pequeninas e de paredes muito mais espessas.

Com auxilio de dois "kockers" mosquito, presos nas paredes da veia, retiramos o coágulo ali formado e introduzimos a seguir um cateter de goma até que o mesmo esbarrasse com um obstáculo ao tocar o fígado, recuando então um pouco, fixamos a sonda ao cordão umbilical por intermédio de sêda 3.

Inicialmente injetámos heparina "Vitrum" na dose de 0,005 g pela sonda.

O sangue utilizado foi do grupo O, Rh NEGATIVO, cujo plasma foi retirado e refeito o volume de 500 cc.. acrescentando-se a solução de "de Gowing".

Por aspiração, foram retirados inicialmente 20 centímetros cúbicos que foram desprezados. Trabalhando alternativamente com 2 seringas de 20 cc. que ora injetava, ora aspirava, repetimos a operação até havermos retirado 360 cc. e injetado 420 cc. A criança suportou bem o ato, que durou cerca de 2 horas e como no final, tivesse aparecido ligeira dispnéa, foi instalada incubadora oxigenada.

Foram instituídas aplicações de 1,7 cc. de coramina de 6 em 6 horas nas primeiras 24 horas. Foram feitos também sôro anti-tetânico e penicilina. O cordão umbelical foi novamente ligado com sêda 3 após a retirada da sonda.

Após 24 horas de tratamento, a icterícia tinha quasi desaparecido e a criança apresentava-se bem, alimentando-se de leite materno, de mãe não sensibilizada.

O hemograma do dia imediato, 26-5 foi o seguinte:

Hematias por mmc — 5.090.000
Hemoglobina — 113% ou 18,0 g
Valor globular — 1,1
Leucocitos por mmc — 39.000

	contagem p/%	contagem p/mmc
Jovens	7,0	2.730
Bastonetes	23,0	8.970
Segmentados	40,0	15.600
Eosinofilos	0,0	0
Basofilos	0,0	0
Linfócitos	17,0	6.630
Monocitos	13,0	5.970

Observações: leucocitose (normal para a idade). Neutrocitose com acentuado desvio à esquerda. Eosinopenia. Ausência de atípias. Leucograma de defesa.

Eritroblastos 1%.

(a) Dr. Durval Rosa Borges

Paralaxa



EVITA A ESTASE BILIAR

PARALAXA

DRÁGEAS

COLAGOGO - COLERÉTICO - COLECISTOCINÉTICO



Associação do glicocolato de sódio com outros elementos
de ação eletiva sobre o fígado



Nas insuficiências hepato-biliares, nas colecistites
e colangites e na prisão de ventre habitual



DÓSES

1 - 2 drágeas uma ou duas vezes por dia, no principio
ou no fim das refeições

LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Olavo Bilac, 105 — Caixa Postal, 2797 — São Paulo

O hemograma do dia 29 de Maio (4 dias após), executado pelo mesmo analista foi o seguinte:

Hematias por mmc — 5.000.000
Hemoglobina — 108% ou 17,2 g
Valor globular — 1,0
Leucocitos por mmc — 8.500

	contagem p/%	contagem p/mmc
Jovens	1,0	85
Bastonetes	4,0	340
Segmentados	32,0	2.720
Eosinófilos	5,0	425
Basófilos	0,0	0
Linfócitos	41,0	3.485
Monócitos	17,0	1.445

Observações: Desvio à esquerda dos neutrocitos. Raros linfoblastos.

Monocitose sem atipias.

Policromatofilia. Eritrocitos normais em forma.

Não foram vistos eritroblastos.

Foi repetido o hemograma em 1 de Junho:

Hematias por mmc — 4.170.000
Hemoglobina — 95% ou 15,2 g
Valor globular — 1,1
Leucocitos por mmc — 8.000

	contagem p/%	contagem p/mmc
Jovens	0,0	0
Bastonetes	3,0	240
Segmentados	25,0	2.000
Eosinófilos	3,0	240
Basófilos	0,0	0
Linfócitos	62,0	4.960
Monócitos	7,0	560

Observações: Ligeiro desvio à esquerda dos neutrocitos. Alguns linfócitos jovens.

Algumas hematias basófilas.

Posteriormente foi evidenciada no sôro de D. S. (mãe de L. S.) a presença de aglutininas anti-Rh e anticorpos bloqueadores.

Em vista da discreta anemia, foram executadas mais duas transfusões de 50 e 100 cc. de concentrado de glóbulos do grupo A.

Em 12 de Julho de 1951, a criança achava-se em ótimas condições gerais, pesando mais de 11 kg. tendo iniciado a marcha aos 11 meses e com desenvolvimento psíquico normal.

E' da precocidade da instituição da terapêutica que depende não só a sobrevida, como também a profilaxia das sequelas que sobreviriam como consequência dos produtos tóxicos oriundos da hemolise progressiva, em especial o "kernicterus" (lesão de ordem neurológica).

O objetivo da publicação deste caso, é o de mais uma vez tornar patente aos pediatras e obstetras da necessidade de determinar-se o fator Rh nos pais e de acompanhar a sensibilização das mães, durante a gravidez, quando estas foram Rh negativas, com o fito de se acudir, sem perda de tempo, com a única terapêutica possível que garante a sobrevida de crianças eritroblastóticas, e evita pela troca do sangue em tempo oportuno, as lesões nerológicas decorrentes dos produtos tóxicos da hemolise progressiva que se processe nas primeiras horas da vida das crianças sensibilizadas.

Rheuphan

Ácido phenylcinchonico . 4/5

Excipiente 1/5

Poderoso eliminador do ácido urico. Eficaz contra reumatismo articular e muscular e de ação benéfica na gota, mesmo no período agudo.

1 A 2 COMPRIMIDOS 3 A 4 VEZES POR DIA, DEPOIS DAS REFEIÇÕES

Química e fisiologia: O RHEUPHAN transforma-se no organismo, inicialmente em ácido oxifenilcinchonico e depois em ácido piridincarbonico.

Propriedades: O RHEUPHAN incrementa notavelmente a eliminação do ácido úrico. Sua eficácia é devida especialmente ao aumento forte do metabolismo das purinas, que provoca. Importante é também sua ação anti-pirética, analgésica e anti-flogística.

LABORATÓRIO "LUIZ PEREIRA BARRETO"
FARMACÊUTICO QUÍMICO - ARNALDO LOPES

RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO

HYDASE

hialuronidase

Fontoura-Wyeth

liofilizada

AGENTE DE DIFUSÃO
("Spreading factor")

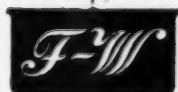
Eficiência máxima nas hipodermoclises e na anestesia local



Enzima que hidrolizando o ácido
hialurônico, barreira natural intercelular,
facilita e acelera a difusão dos
fluidos injetados no tecido celular sub-cutâneo.

Vidros com 150 unidades turbido-redutoras.

Fontoura-Wyeth



LITERATURA A DISPOSIÇÃO DOS SRS. MÉDICOS

SUBTOSAN



Sucedâneo do plasma sanguíneo

Perfeita conservação por
tempo indeterminado

Boa tolerância do organismo

Facilidade de emprêgo

Comodidade de transporte
e aprovisionamento

Tratamento econômico

Supressão da determinação
dos grupos sanguíneos



A marca de confiança

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA

Resumos, conclusões e comentários dos trabalhos do 3.º tema oficial (Socialização da Medicina) do III Congresso da Associação Paulista de Medicina, realizado em janeiro de 1951:

Socialização da Medicina — Dr. Durval Rosa Borges. São as seguintes as disposições teórico-práticas finais: A socialização da Medicina está na dependência da socialização dos meios de produção, embora o regime capitalista não exclua a existência do serviços médicos inadequadamente socializados, como se vem verificando em numerosos países, incluindo o Brasil.

Os principais motivos desta evolução são o fraco poder aquisitivo de grande parte das populações e a progressiva complexidade da Medicina, com seu conseqüente encarecimento.

Uma das conseqüências desta fase social têm sido o sacrifício da

profissão médica, que passa a ser instrumento de interesses políticos e econômicos de toda ordem.

Diante da situação, em nosso País, é necessário que os médicos e suas associações representativas aceitem alguns princípios básicos, que deverão servir como futura norma de ação. Para isso propomos:

1 — Considerar como nosso primeiro dever a assistência ao povo e aceitar a permanência dos atuais serviços médicos como uma das maneiras de realizá-la;

2 — Combater, entretanto, a socialização unilateral e integral da Medicina, por inviável em nosso ambiente atual e desastrosa para nossa profissão;

3 — Aceitar a coexistência da Medicina liberal e socializada, exercidas simultaneamente por grupos diversos de profissionais ou pelo mesmo indivíduo;



Laboratório de **HORMOTHERAPIA**

Alné

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84-4.º

Hormoplacentino

Sangue de animal sadio em adiantada gestação, livre de substâncias anafiláticas, ativado com extratos mamários e placentários.

Estimulante da nutrição geral, determina, quando injetado, um considerável aumento do leite. Frieza sexual da mulher. Perturbações da menopausa.

DÓSES: UMA AMPOLA DIARIAMENTE ATÉ TURGECENCIA, CALOR OU DOLORIMENTO DA GLÂNDULA, ESPAÇANDO-SE ENTÃO. (Intramuscular)

4 — Considerar a Medicina a ser prestada nos serviços socializados como uma unidade, não distinguindo suas atividades curativas das preventivas. Favorecer o ensino de especialidades referentes às suas atividades médico-sociais.

5 — Combater a desigualdade na distribuição de recursos e serviços médicos nas Capitais e no Interior, bem como sua duplicidade. Promover a união das diversas entidades assistenciais onde for aconselhável;

6 — Considerar, no momento atual, as Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões como os órgãos mais adequados para a distribuição de assistência médica socializada. Deverão essas entidades possuir ambulatórios polivalentes e manter quadro completo de funcionários médicos;

7 — Os Serviços Sociais (SESI e SESC) não devem, a qualquer título, fazer concorrência às Caixas e Institutos na prestação do mesmo benefício; quando coexistentes, deverão aqueles desenvolver ação supletiva destes;

8 — A fim de que o exercício da Medicina liberal não seja prejudicado pelos abusos nos serviços prestados pelo Seguro Social, estes devem ser organizados em bases uniformes e suficientes, não permitindo a concessão de regalias de qualquer natureza aos segurados;

9 — Dentro do seguro social, o médico deve ser considerado como um elemento essencial, merecendo remuneração condigna e desfrutando ambiente científico que o estimule ao estudo e à pesquisa;

10 — Combater o trabalho médico gratuito. Fixar em 4 horas a duração máxima normal do trabalho médico. Considerar como salário mínimo o correspondente a este horário, cobrindo as necessidades básicas do médico, independentemente de sua atividade fora do emprego;

11 — Especificamente, à Associação Paulista de Medicina cabe organizar, em colaboração com os órgãos competentes, um plano as-

sistencial para o Estado de São Paulo dentro dos princípios gerais aqui aceitos, servindo ao povo e defendendo a profissão. Além do plano, deverá a A.P.M. zelar para sua correta e eficiente execução.

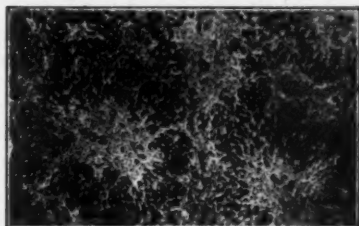
Vantagens e desvantagens da socialização da medicina — Dr. Aniloel Alves Nazareth. O autor inicia o trabalho tecendo considerações sobre a evolução natural dos tempos em que vivemos e a radical transformação de ordem econômica e orgânica que vem sofrendo a medicina, e que não há como combatê-la mais, com eficiência e, tampouco, limitá-la por mera vontade ou decisão nossa.

Refere-se aos que negam vantagem na medicina socializada e que a combatem por ser atentatória à dignidade da profissão, com base no juramento hipocrático, considerando o segredo profissional, a indignidade, a relação entre médicos e doentes. Nesta base, "toda a beleza moral da profissão sosobra por entre as usinas de diagnóstico e estandardização de tratamentos, por falta de recíproco entendimento e solidariedade afetiva do médico e cliente".

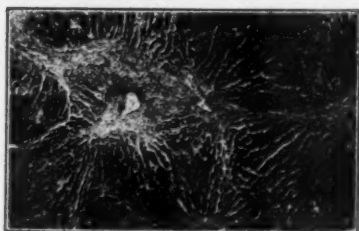
Estende-se em considerações outras sobre a independência do médico, sua liberdade frente às autoridades incompetentes ou leigos sob sua responsabilidade, etc. Cita Osório Cesar: "a medicina social e a socialização dos serviços médicos constituem uma necessidade imperiosa que decorre da organização econômica da nossa época"... "mas, é preciso que todos concorram para esse objetivo final, que seja a socialização realizada em todos os setores, na indústria, na lavoura e, talvez mesmo, no comércio". Unilateralmente, nunca. Cita opiniões de vários outros autores como Clementino Fraga, Alberto Nupieri, Lelio Zeno. Em seguida, faz suas críticas, achando que umas opiniões procedem, enquanto outras não. Procura, em seu trabalho, amenizar as divergências para uma gradual e melhor adaptação ao fato que se vem consumando.

METIOCOLIN

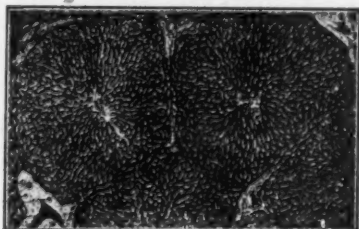
condensa os 5 itens fundamentais da moderna terapêutica das Hepatopatias Difusas:



Hepatite grave (necrose centrolobular, esfâcelo celular).



Regeneração mais intensa (lóbulos de neoformação, hiperplasia epitelial).



Fígado normal, finalmente; é a sequência anátomo-clínica do emprego do METIOCOLIN.

- 1 — A metionina é metabolito fundamental para a constituição normal da célula hepática, graças ao radical metila e ao enxofre que contem.
- 2 — O mesmo acontece com a colina.
- 3 — Metionina e colina corrigem o fígado gorduroso das dietas carentes em proteína, o fígado tóxico do clorofórmio, do tetracloreto de carbono, dos arsenicais e tóxicos diversos.
- 4 — Metionina, colina e inositol constituem os chamados *agentes lipotróficos* conhecidos.
- 5 — Estão associados em METIOCOLIN.

INDICAÇÕES:

- a) Hepatites, hepatoses difusas. Hepatite crônica difusa (cirrose hepática).
- b) Estados de carência, alcoolismo, enterocolites graves, pelagra, avitaminoses.
- c) Infecções biliares. Colangites. Infecções e intoxicações.
- d) Hepatopatia das queimaduras.
- e) Veículo dos arsenobenzóis e arsenóxidos; na proteção da anestesia pelos gases.
- f) Como anti-tóxico geral.

COMPOSIÇÃO:

Ampolas de 2 cm ³ (intramuscular)	
d. l. Metionina	0,08 g
Colina, cloreto	0,10 g
Inositol	0,06 g
Água bidistilada	2 cm ³

Ampolas de 5 cm ³ (intramuscular)	
d. l. Metionina	0,20 g
Colina, cloreto	0,05 g
Inositol	0,10 g
Água bidistilada	5 cm ³

Ampolas de 20 cm ³ (oral e endovenoso)	
d. l. Metionina	1,00 g
Inositol	0,10 g
Colina, cloreto de	0,05 g
Água bidistilada	q. s. p. 20,00 cm ³

Comprimidos	
d. l. Metionina	0,40 g
Inositol	0,10 g
Colina, cloreto de ... com (5H ₂ O)	0,05 g
Excipiente	q. s. p. 0,90 g

PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.

RUA JANDAIA, 20 e 30 — CAIXA POSTAL, 2831 — SÃO PAULO — BRASIL

FILIAL NO RIO DE JANEIRO: AV. GOMES FREIRE, 47-49 — FONE, 22-4521

„ EM BELO HORIZONTE: AV. CARANHA, 866

São suas conclusões finais: 1) importância de guardar o segredo profissional; 2) transformar em hospitais regionais, verdadeiros centros técnicos e científicos, as Santas Casas de Misericórdia, do Interior principalmente, para que possam prestar assistência aos doentes e remunerar todos os profissionais que neles trabalham, dentro do padrão salário-médico com base em lei justa e equânime; 3) que funcionem sem interrupção todos os hospitais; 4) que, não havendo sinecúra nem burocracia em nenhuma função médica pública, que todas elas se exerçam em tempo integral, correspondente à dignidade da profissão e à utilidade do serviço social do médico funcionário que, assim, não carecerá estabelecer concorrência aos que vivem, exclusivamente, da clínica privada; 5) pleiteando-se que o Estado cumpra, à risca, o dever de dar assistência médica a toda essa leva imensa de infelizes trabalhadores agrícolas, explorados por todos, e cujo tratamento, cuidados médicos e serviços cirúrgicos são feitos às nossas expensas exclusivas, no interior do país, quer nos consultórios privados, nos hospitais, desta caridade que só nós praticamos e, até, muitas vezes, nas casas de saúde privadas, mantidas com heroísmo e sacrifício sem conta.

A Socialização da Medicina no Interior — Clovis de Sá e Beneditos. O autor apresenta um depoimento sobre a socialização da medicina no Interior, classificando três tipos de cidade: 1) A pequena cidade distanciada dos grandes centros de nenhuma ou diminuta indústria e toda entregue às atividades rurais, onde impera o livre exercício da clínica, constituindo as cidades deste tipo o último reduto do exercício da medicina como profissão liberal. 2) A grande cidade, centro de região, onde o exercício da medicina têm as mesmas características da Capital, observando-se desde a medicina inteiramente socializada até o livre exercício. 3) A cidade industrial, próxima de São

Paulo. Nestas a medicina está inteiramente socializada.

Detém-se o autor analisando a socialização numa cidade desse tipo (Jundiaí), em que trabalha há mais de 20 anos, concluindo e sugerindo o seguinte:

1. A socialização da medicina em nosso meio é uma realidade. Atingiu Capital e Interior. Não adianta desejá-la ou não. Cumpre aceitá-la e batalhar para que se torne justa e útil.

2. A socialização da medicina, da maneira porque se se está processando é duplamente injusta: a) porque não atinge a todos que, desprovidos de recursos, necessitam de assistência médica e cirúrgica; b) porque se faz, via de regra, com o sacrifício do médico, que é mal remunerado.

3. É da própria natureza da medicina seu livre exercício como profissão liberal, e a livre escolha, que muitos desejam encaixar na medicina socializada. só é possível na medicina exercida liberalmente. Na medicina socializada poderá haver, quando muito, preferência.

4. Atendendo a estes princípios, a socialização não deve ser total. Todo médico deve ter pelo menos a metade do seu tempo de trabalho para o livre exercício da clínica. Não deve, por isso, ter mais de um emprego. E nas horas de trabalho que lhe forem atribuídas (que não devem exceder de 6) devem ser computadas as horas de estudo, no mínimo de 2. É lógico que, para atingir tal objetivo, o nível de remuneração se eleve à altura condigna.

5. O salário mínimo para toda e qualquer atividade médica que, no momento, corresponde aos anseios da classe, é o que consta de projeto em andamento na Câmara Federal: Cr\$ 8.400 00 com aumentos quinquenais de 20%, até o máximo de 5. Este nível deve ser acompanhado por todas as instituições ou organizações que mantenham serviço médico e periodicamente deve ser revisto para que não se desatualize.



e depois...

ACICLASE L.P.B.

ACICLASE

ANTIÁCIDO MODERNO A BASE DE

- ácido aminoacético (glicina)
- carbonato de cálcio
- extrato de beladona

DE AÇÃO RÁPIDA E INTENSA

- na hiperacidez gástrica
- nas úlceras gastro duodenais

ACICLASE L. P. B. não provoca constipações intestinais ou outros fenômenos secundários.

Fórmula aceita oficialmente entre os New and
Nonofficial Remedies em 1950

Dóse diária a critério médico

Estojo com 20 comprimidos

AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DOS SNRS. MÉDICOS

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

RUA SÃO LUIZ, 161 — CAIXA POSTAL, 8.086 — FONE: 34-5106
SÃO PAULO

6. Observa-se, principalmente no Interior, duplicidade e, às vezes, pluralidade de assistência a alguns grupos humanos, enquanto outros, como os de atividade rural, nada têm.

7. Seria lógico promover-se a união de recursos assistenciais, de maneira que se evitasse a multiplicidade, se tornasse mais efetiva e se pudesse estender a assistência a todos os necessitados.

8. São insuficientes os recursos de que dispõem Caixas e Institutos — 10% da arrecadação — para prestação de assistência. Estes recursos deveriam provir de uma contribuição à parte, 2 ou 3% de empregadores e empregados. Um órgão único, dirigido por médicos, se encarregaria da socialização ou seriam aproveitados os atuais serviços, que se tornariam independentes das respectivas administrações institucionais.

9. Deve ser facultado aos médicos internar doentes particulares nos hospitais onde tenham atividade socializada, a exemplo do que se passa no Rio de Janeiro, no Hospital dos Servidores do Estado e no do I.A.P.T.E.C.

10. Todo doente que exija, por pagamento, instalações especiais, ao internar-se, deve perder o direito à assistência socializada, passando a ser um doente particular.

11. Do plano de socialização deve constar o fornecimento de remédio, o que mais pesa na bolsa dos necessitados.

12. Nenhum serviço de fábrica, instituição ou sociedade poderia ser criado ou funcionar, sem a aprovação da Associação Paulista de Medicina. Assim seria respeitado o que fôsse estabelecido sobre salário e limite de horas de trabalho.

Socialização da Medicina — Prof. Dr. Linneu Mattos Silveira. São as seguintes as conclusões do autor: 1. A socialização da medicina deve ser considerada sob dois aspectos: a) o da socialização total,

onde, ao lado da medicina, seriam socializados todos os meios de produção e de atividade humana; b) o da socialização parcial, no qual a medicina seria socializada, apesar do regime vigente no país, com o objetivo de estender a toda comunidade os benefícios da assistência médica mantida pelo Estado. Esse último aspecto do problema é o que nos interessa atualmente.

2. Toda socialização parcial é injusta. Socializada só a medicina, arcaria a classe médica com ônus pesadíssimo. Além disso, não é de se esperar por parte da comunidade, compensações proporcionais aos encargos que caberão aos médicos. Toda reforma nesse sentido deverá, portanto, ser minuciosamente estudada e discutida pela classe médica, através de seus órgãos representativos, com o fim de salvaguardar os seus próprios interesses.

3. Seria muito oportuno que a Associação Paulista de Medicina enviasse à Grã-Bretanha observadores que estudassem os problemas decorrentes da socialização da medicina para a classe médica e para a coletividade, junto do National Health Service (modo de ver do governo trabalhista) e da British Medical Association (modo de ver da classe médica).

4. Os médicos de Sorocaba, auscultados em reunião especialmente convocada para esse fim, manifestaram-se na sua totalidade contra a socialização da medicina nas circunstâncias atuais.

A experiência Mundial na Socialização da Medicina — Prof. Dr. A. Almeida Júnior. Conclui o autor:

1. A socialização da medicina é consequência de três realidades combinadas: a) a disseminação da doença entre as classes sociais menos favorecidas; b) o custo relativamente alto da assistência médica; c) a evolução política contemporânea no sentido da "democratização social".

2. Os sistemas de medicina socializada, atualmente em vigor, mostram que os respectivos serviços podem cumprir com maior ou menor eficiência as suas funções específicas na prevenção e cura das doenças das populações.

3. O funcionamento desses sistemas está revelando grande número de falhas e inconvenientes, resultantes, na maior parte, da falta de educação do público que deles se serve, da insuficiência estatística dos profissionais e instalações, do elevado custo da manutenção dos serviços e dos vícios característicos da administração pública.

4. A despeito de tudo, parece que a socialização da medicina acabará, mais cedo ou mais tarde, por impor-se a todos os países, sob a pressão política das massas, que reivindicam o seu "direito à saúde".

5. Nos países em que a socialização da medicina já se instalou, ou está em vias de se instalar, a classe médica, geralmente oposta a ela, têm conseguido moderar o ímpeto e o radicalismo dos reformadores e, bem assim, com relativo êxito, salvaguardar os princípios éticos tradicionais da profissão.

6. Nos países em que, por suas condições econômicas e culturais e pela menor densidade ou má distribuição das atividades médicas, a socialização da medicina seria prematura, cabe à classe médica preparar o terreno para a eventualidade dessa reforma, através de iniciativas suas e do seu apoio em favor de medidas de educação do povo e do incremento dos serviços médicos, quer preventivos, quer curativos.

7. Os vícios da administração oficial em matéria de serviços médicos, oriundos principalmente da interferência política, nem sempre são imaginários e muito concorrem para que se desacreditem as organizações assistenciais ou socializadas com base nessa administração. Importa corrigi-los tanto para conciliar a opinião pública como para

que aqueles serviços justifiquem, por sua eficiência, o sacrifício do contribuinte na sua manutenção.

Indústria farmacêutica e socialização da medicina — Dr. Afrânio do Amaral. São as seguintes as conclusões do autor:

1. O alto custo da medicação decorrer: a) da ganância desmedida dos intermediários (drogarias ou cadeias de drogarias) que, exercendo feroz monopólio sobre a distribuição dos remédios e gozando de exclusividade, impõem o recebimento de uma cota, sob a forma de comissão, que chega a 30% sobre o preço pago pelo público, ganância agravada pela participação das farmácias que, na qualidade de varejistas, costumam receber ainda 20% para a venda dos produtos; b) do grau variável de diluição, que muitos produtores, empenhados em concorrência desleal e duplamente nociva ao interesse dos consumidores, não se arreceiam de fazer, dos princípios ativos dos medicamentos (sobretudo produtos biológicos), donde decorre a necessidade do aumento imprevisto das doses para obtenção de resultado terapêutico.

2. Tão graves são as consequências dessas ilegais anomalias, que, dentro dos objetivos gerais da A.P.M., conviria fôsse traçado um plano de combate às causas alarmantes do fenômeno, encarecendo-se desde logo aos governos a urgência do exercício do mais rígido controle junto aos produtores e distribuidores, mediante ininterrupta vigilância fiscal e sanitária e efetiva aplicação e observância das leis que regem a matéria.

3. São indispensáveis a união e o concurso de todos os profissionais em torno de programa ao mesmo tempo reivindicatório e reformista, qual o traçado pela administração do Prof. Jairo Ramos, a fim de que a classe tenha força material e prestígio moral para exigir dos poderes públicos e das organizações privadas o fiel cumprimento das disposições regulamentares vigentes. Só assim po-



DEMEROL

para as dores de qualquer etiologia



derá um dia a nossa classe vir a exercer por seus próprios meios — segundo faz nos Estados Unidos a poderosa Associação Médica Americana — a efetiva fiscalização dos laboratórios farmacêuticos mediante o controle dos medicamentos, deixando definitivamente de prescrever aqueles produtos que não obedeçam às exigências da terapêutica clínica. Só assim poderá combater os maus elementos, que se deixam envolver em atos comerciais contrários à boa ética.

4. Tudo isso, naturalmente, são providências de efeito algo precário enquanto no Brasil não se decide qual dos rumos se deva imprimir à política econômica: se o da socialização generalizada; se o do abandono, puro e simples, das medidas já vigentes, inclusive a unilateral socialização da Medicina. De qualquer modo, cumpre esclarecer que a solução deste importantíssimo problema, dizendo de perto com o exagerado crescimento do custo da vida, virtualmente insuportável para as classes pobres, só poderá ser encaminhada como parte integrante, não só do combate à desorientação que, em matéria de política econômica, lava em nossa terra, como da reforma radical desse importante setor da vida nacional. Essa reforma deverá, necessariamente, estender-se até o próprio instituto de previdência social, donde é de esperar-se a eliminação do nefasto espírito de superburocratização e desvirtuamento ideológico, sob pena de completa derrocada do sistema.

Resumidamente, em nosso atual sistema político-econômico, que não é nem capitalista nem socialista, e onde os governos acorçam a inobservância das leis, observa-se, em matéria de produtos terapêuticos, toda a sorte de abusos, cujo resultado é o alto custo da medicação. Esses abusos, de que são responsáveis os distribuidores, os produtores e alguns profissionais da medicina, só poderão ser coibidos quando a classe médica, pela união e alta compreensão do seu apostolado, readquirir o prestígio necessário para realizar,

ela própria como nos Estados Unidos, a fiscalização dos medicamentos.

Medicina rural e Socialização da Medicina — Prof. Dr. Samuel B. Pessoa. São as seguintes as conclusões do autor:

1. Desde que a Medicina, bem como toda a sociedade, marcha incontestavelmente para um regime socialista, o médico deve lutar para que a socialização da sua classe só se processe no conjunto da socialização de todos os meios de produção e de distribuição (sociedade socializada) e não como fato isolado numa sociedade capitalista.

2. No presente e em futuro próximo, é utopia pretender-se a socialização da Medicina na zona rural brasileira, pelas seguintes razões: a) pobreza das populações; b) falta de médicos e de auxiliares diretos do médico; c) falta de hospitais gerais e especializados; d) falta e ineficiência de serviços estaduais e municipais de assistência médico-sanitária rural.

3. Para que haja possibilidade da socialização da Medicina na zona rural, na hipótese da transformação do regime capitalista atual em regime socialista, devemos trabalhar no sentido de: a) estudo e aplicação de uma reforma agrária; b) criação de maior número de Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia, bem como de Escolas de Enfermagem, de Técnicos, etc.; c) reforma geral dos denominados Postos de Higiene e Centros de Saúde, transformando-os, de organismos burocráticos atuais, em organismos que realmente deem assistência médico-sanitária às populações rurais; d) desenvolvimento da rede hospitalar no interior do país.

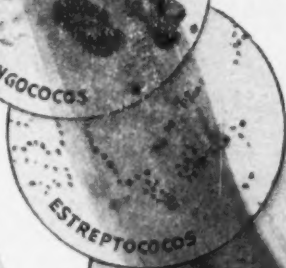
Serviço Público e Socialização da Medicina — Dr. Humberto Pascale. O autor conclui:

1) Para efeito de sistematização da assistência médica devida à coletividade, cumpre desdobrá-la em dois lances: assistência sanitária e assistência curativa.

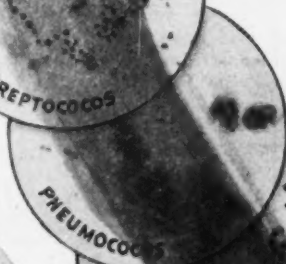
Comprovado poder
bactericida local!



MENINGOCOCOS



ESTREPTOCOCOS



PNEUMOCOCOS



ESTAFILOCOCOS



SULFA + MERCUROCROMO
Ação antiséptica prolongada
SEM IRRITABILIDADE!



Direção científica: Fm. FAUSTO SPINA
Secção de Propaganda
PARQUE D. PEDRO II, 870-878
Tel. 3-5916 (Rêde interna)
SAO PAULO

2) Sendo a assistência sanitária de âmbito estatual, incumbe ao Estado realizá-la através de adequada organização, a fim de evitar que, em face do sentido de unidade da Medicina, sejam ultrapassados os limites que distinguem a Medicina pública da Medicina privada.

3) Em face dos progressos da saúde pública e dos novos conceitos que, ampliando o alcance de velhas doutrinas, contribuíram para a instituição da Medicina social, incumbe ao Estado, ao encarar a Medicina no âmbito do serviço público, assegurar a aplicação das medidas tendentes a proteger o indivíduo pela Medicina preventiva e a conservar e a melhorar a saúde pela obediência às leis da vida sã, sob a égide da Medicina da saúde.

4) Apesar das responsabilidades crescentes do Estado relativamente à custódia médico-social da coletividade, faz-se mister preservar as prerrogativas da profissão médica enquadrada nos limites da Medicina privada, em face do regime político e do sistema econômico-social vigentes em nosso País.

5) A socialização da Medicina não deve ser instituída em países de regime capitalista, a fim de evitar os percalços de uma socialização unilateral, que redundaria fatalmente em prejuízo da classe médica, tanto do ponto de vista estritamente profissional, como no que diz respeito à sua própria manutenção e subsistência.

6) Em face do alcance universal e do sentido ubíquo da assistência médica, seria interessante a realização de ensaios, em diferentes municípios do Estado, da aplicação de tipos socializados da Medicina, apoiados no regime do pré-pagamento ou de cooperativas de assistência.

7) Atendendo à elevação crescente do custo dos medicamentos, seria oportuno estudar as possibilidades de, a título de ensaio, enquadrar o abastecimento de medicamentos no plano da assistência médica sob regime cooperativo.

Seguro Social e Socialização da Medicina — Dr. L. E. Puech Júnior. Em resumo diz o autor:

1. A socialização da medicina é uma consequência natural e lógica da disseminação do seguro social. Não se compreende que possa o Estado fornecer assistência médica a grandes contingentes da população utilizando-se da medicina liberal.

2. É conhecida a tendência universal que têm o seguro social a se tornar instrumento de especulações políticas. Consequentemente, a sua orientação reflete geralmente os rumos naturais da política dominante. No Brasil, onde esta é de tipo capitalista, os legisladores e administradores o orientam à maneira de um empreendimento industrial, ou seja, produção em massa para satisfação de consumo em massa.

3. Essa orientação deriva da falsa compreensão dos fenômenos sociais. Procurando simplesmente satisfazer a demanda de assistência, sem preocupar-se com a qualidade do serviço prestado, ela se vem descuidando lamentavelmente dos aspectos científico e profissional da medicina socializada.

4. Do ponto de vista médico-científico, se o seguro social pretende arrogar-se o progressivo monopólio da assistência médica ao povo brasileiro, torna-se evidente que ele terá também de arcar com a responsabilidade de incentivar a pesquisa clínica. Isso só será possível fornecendo aos médicos um ambiente de trabalho propício ao estudo, e organização material adequada à pesquisa.

5. Como tal preocupação não parece entrar nas cogitações dos nossos homens públicos, torna-se evidente que a assistência médica socializada tende a piorar em qualidade, na razão direta do seu predomínio quantitativo sobre a liberal.

6. Do ponto de vista médico-profissional, seguindo a mesma ordem de idéias, o seguro social também terá que assegurar a manu-



Prometeu - segundo a Mitologia - roubou o fogo do Ceu para com ele animar os homens, sendo, por isso, acorrentado ao Monte Cáucaso, onde uma aguias devorava seu fígado, que continuamente se refazia.

Moderna fase na terapêutica anti-tóxica, com resultados eficientes, pelo emprêgo da fração anti-tóxica associada à xantina, à metionina e aos fatores lipotrópicos, na nova apresentação do

XANTINON

AMPOLAS

2 cm3		5 cm3	
Xantina	0,0005	Xantina	0,00125
Metionina	0,008	Metionina	0,020
Cloridrato de Colina	0,05	Cloridrato de Colina	0,050
Fração L. de Wilson, fração anti-tóxica hidrossolúvel	1 cm3	Fração L. de Wilson, fração anti-tóxica hidrossolúvel	2,5 cm3
Fatores lipotrópicos hepáticos Q. S. ..	2 cm3	Fatores lipotrópicos hepáticos Q. S. ..	5 cm3

DRAGEAS

Fórmula por Drágea	
Lipocaico (equiv. a 5,0 de pâncreas)	0,100
Metionina	0,100
Inotisol	0,050
Cloridrato de Colina ..	0,020
Sulfato de Manganês Concentrado de fígado (Fração alcool insolúvel equivalente a 5,0 de órgão fresco)	0,050
Excipiente q.s. para	0,330

INDICAÇÕES. — Desintoxicante nos tratamentos sulfonamídicos, arsenobenzois e demais medicamentos de ação tóxica. Nos processos de degeneração gordurosa do fígado, proveniente de afecções tóxico-infecciosas. No pré e post-operatório. Insuficiência hepática em geral. Estados alérgicos.
— Medicação lipotrópica.



LABORATÓRIO XAVIER

JOAO GOMES XAVIER & Cia. Ltda.

Rua Conde do Pinhal, 52 — Rua Tamandaré, 553 — SÃO PAULO — BRASIL

Representantes nos demais estados.

Depósitos {
Rio de Janeiro
Porto Alegre
Belo Horizonte
Curitiba

Consultores científicos:
Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro
Prof. Dr. Genesio Pacheco

tenção do nível social e econômico inerente à profissão médica. Entretanto, os métodos industriais utilizados na prestação da assistência consideram o médico como um mero fator no custo da produção dessa mesma assistência; procurando baixar ao máximo tal custo, desvalorizam artificialmente o seu trabalho e provocam ressentimentos que se refletem sobre a qualidade do serviço prestado.

7. Ainda como consequência dessa orientação errada, o seguro social não leva em conta o lado humano das relações dos doentes com os médicos e destes entre si, suprimindo, entre outros, o direito de livre escolha e criando assim condições de ordem moral desfavoráveis ao bom exercício da profissão. Isso reflete-se igualmente sobre a qualidade da assistência, tendendo a piorá-la.

8. Esses vícios de orientação ainda não comprometeram irremediavelmente a assistência médica do seguro social brasileiro porque esta abrange ainda contingentes mínimos da população. Conduzirão fatalmente à decadência da medicina no Brasil se não forem corrigidos a tempo.

9. As relações de natureza íntima sempre existente entre o médico e o doente não sofrem alterações fundamentais com a introdução de um intermediário entre ambos, desde que este limite a sua intervenção ao problema econômico. A assistência médica do seguro social poderá ser tão boa como a da medicina livre se forem conservadas todas as prerrogativas inerentes a todo trabalho intelectual.

10. A socialização da medicina é um fenômeno político-social característico da época em que vivemos; representa um anseio público universal, contra o qual é inútil lutar. A tarefa da classe médica é orientar os poderes públicos na sua consecução, a fim de que os erros apontados possam ser sanados e a medicina brasileira possa continuar a sua ascensão no cenário médico internacional.

Socialização da Medicina e Hospitais — Prof. Dr. A. Bernardes de Oliveira — Em resumo, julga o A. que se deve discriminar, com base em critério econômico os que devem e os que não devem se beneficiar dos serviços médicos socializados. Julgo também que para a assistência hospitalar, só com o impedir-se a possibilidade de acomodação extras, e a obrigatoriedade da aceitação dos padrões adotados, seria um recurso suficiente. Ao mesmo que se cogita de colocar nos devidos eixos a assistência médica das Caixas, é oportuno que a classe médica focalize e se oponha também a que os Centros de Saúde interfiram com o livre exercício da clínica, pois os mesmos devem apenas se cingir à prevenção e só em casos excepcionais exercer a Medicina curativa e essa mesma somente para os pobres.

Passando, agora, a outro ponto do tema, fere o autor um ponto a seu ver de máxima importância, ou seja, o conceito da obrigatoriedade da remuneração de todo trabalho médico.

Se para os serviços socializados das Caixas e Institutos penso que se deva batalhar para a mais alta e justa remuneração tanto dos médicos quanto dos hospitais, já com relação aos hospitais de caridade, tipo Santas Casas, sou de opinião que nelas o trabalho médico, tal como o recolhimento dos doentes, deverá ser totalmente grátis.

Para justificar seu ponto de vista, aqui recorda os argumentos alinhados por Ferrand no seu livro intitulado "Problèmes d'Economie Politique et Sociale" (Ed. F. Alcan, Paris, 1935), à pág. 771. Analisando o assunto, distingue o autor um fundamento egoístico na prestação dos serviços médicos grátis quando o profissional é levado por um sentimento religioso a praticar o bem em busca de recompensas numa vida futura; razões políticas, quando é para conquistar amizades e obter votos que assim procede o médico; e, por fim, obediência a princípios de caridade e solidariedade humana,



genoplastin

As hemorragias são
contidas pelo dique
intransponível do GENOPLASTIN

GENOPLASTIN

INJETAVEL



Medicação Hemostática à base de ácido oxálico, cujos efeitos na redução rápida e pronunciada do tempo de coagulação foram estudados por Steinberg, Brown e Schumann e, no Brasil, por Paulo Minervini e Carlos Comenale Junior, em doentes tuberculosos.

Como complemento da ação coagulante foi-lhe associada a Vitamina K hidrossolúvel.

Nenhum efeito tóxico foi observado.

FÓRMULA:

Ácido oxálico	0,002 g
Vitamina K hidrossolúvel	0,005 g
Água destilada q. s. p.	2 cm ³

Lic. no S. N. F. M. sob n.º 657/50

Venda sob prescrição médica

APRESENTAÇÃO:

Caixas com 3 ampôlas, de 2 cm³ e hospitalares com 100 ampôlas.

INDICAÇÕES:

Na prevenção e tratamento de hemorragias. Extrações dentárias.

Amigdalectomia. Em pré e post-operatórios.

MODO DE USAR:

Aplicação endovenosa e intramuscular.



Laboratorio Sanitas do Brasil, S. A.

AV. LINS DE VASCONCELOS, 3420

TELEFONES: 70-2184 • 70-1262

SÃO PAULO — BRASIL

quando o médico aceita de bom grado o trabalho sem recompensas, como, aliás, jurou ao colar grau, desde que seja o paciente pobre e realmente necessitado.

Tem plena razão Ferrand quando reconhece que os seguros sociais não resolvem o problema da miséria, pois não cobrem na sua proteção os desempregados e transviados, justamente os que mais precisam de auxílio. Resta sempre uma grande função para os hospitais de caridade e para os hospitais de ensino, e ainda, o que não se tem proclamado com a ênfase que realmente merece, um enorme papel para o trabalho desinteressado e nobre do médico da roça, êsse verdadeiro herói desconhecido da Medicina.

Medicina liberal e Medicina socializada — Dr. Oscar Monteiro de Barros — O autor, após estudar as causas que tendem a determinar a socialização da Medicina, faz um cotêjo das vantagens e desvantagens da Medicina liberal e da Medicina socializada. Propugna, a seguir, pela formação de um organismo que defenda a classe médica da socialização injusta e lesiva à sua dignidade e à sua economia.

Ética profissional e Socialização da Medicina — Prof. Dr. Flaminio Favero. — Conclui o autor: A deontologia tradicional, que fez a grandeza da medicina, não se pode sentir à vontade diante da socialização da arte de curar, mas precisará ajeitar-se aos novos rumos que aí vêm, e, com isso, plasmar seus cânones pelos imperativos materiais em marcha.

Ponho em dúvida que, socializada profissionalmente, progrida como até aqui a medicina. Mas, se o conseguir, valerá a pena o grande preço que isso lhe custa?

Ensino médico e Socialização da Medicina — Dr. Ariovaldo Carvalho — Conclusões: 1. A socialização parcial da Medicina entre nós não exerceu, até agora, a menor influência sobre a organização do ensino médico no país.

2. A Rússia é a única nação que adoptou o ensino médico às exigências de sua política socialista.

3. Nos demais países capitalistas, inclusive a Inglaterra socialista, o ensino médico continua se orientando sob o influxo do crescente progresso das ciências médicas.

4. Seria desejável e necessário que entre nós fossem organizados cursos de especialização e pós-graduado das diferentes disciplinas relacionadas com a Medicina socializada, e que as nossas Escolas Médicas orientassem uma parcela do ensino nesse sentido.

Serviços assistenciais e Socialização da Medicina — Dr. Antônio B. Lefevre. — Diz o autor em conclusões: 1. A assistência médica, tal como vem sendo prestada aos comerciários em São Paulo, carece de um plano geral que evite a dispersão de esforços.

2. O SAM do IAPC vem-se mostrando eficiente no desempenho da tarefa a que se propôs; sua atividade é criticável no que diz respeito à falta de assistência domiciliar e de um serviço fundamental, como seja o de recuperação profissional, bem como à falta de um hospital próprio que permitisse ligação mais direta entre ambulatório e enfermaria.

3. Nada há que justifique a continuação das atividades atuais do SESC no setor da assistência médica, uma vez que elas representam uma evidente dispersão de esforços, sem trazer qualquer vantagem para o comerciário, podendo mesmo acarretar-lhe prejuízos materiais.

4. A orientação a ser dada ao SESC deve transformá-lo em entidade de ação supletiva com relação ao SAM do IAPC.

5. Urge estimular uma planificação geral dos serviços de assistência médica para que estes possam funcionar de maneira harmônica dentro de um espírito de cooperação real; é imperioso estudar-se a situação da classe médica diante deste plano, visando-se evi-

tar situação de desemprego para alguns e de sobrecarga de trabalho para outros.

Notas sobre a assistência médica mantida pelas caixas de aposentadoria e pensões e situação atual dos seus médicos, especialmente no setor da Estrada de Ferro Sorocabana, do Estado de São Paulo. Sugestões para melhoria do regime de trabalho e sua justa remuneração — Dr. Oscar Pereira de Araujo — Em suas conclusões propõe o autor: 1) que as despesas correspondente a Pessoal-Técnico das Divisões Médicas das CAP passem a correr por conta da verba geral de pessoal (Administração — Pessoal-221); 2) que se estabeleça uma padronização de vencimentos, tomando como base o padrão de início de carreira dos médicos do Estado de São Paulo, na conformidade da Lei 631, de 1.º de janeiro de 1950, e que, no padrão de vencimentos do funcionalismo público federal, corresponde à letra N, ou seja Cr\$ 7.230,00; 3) que aos médicos seja concedido um adicional de 10% para cada 5 anos de serviços efetivos; 4) que aos atuais ocupantes de cargos de médicos seja aplicada, imediatamente, a tabela de adicionais a que se refere o item 3.

Tais providências são irrecusáveis e objetivas; sua execução não constitui problema administrativo insolúvel, dependendo apenas da boa vontade e alta visão dos governantes.

Contribuição ao estudo da socialização de Medicina e da assistência hospitalar no Brasil — Dr. Nelson Baeta Neves — Diz o autor que, atualmente, o rumo tomado no Brasil para solucionar estes dois problemas — Socialização da Medicina e Assistência Hospitalar — apresenta três grandes inconvenientes: 1) plethora de médicos e hospitais nas capitais dos grandes Estados; 2) escassez de médicos e de assistência hospitalar nos Municípios do Interior; 3) péssimas condições econômicas dos médicos e existência, quando há, de hospi-

tais improvisados e sem os recursos modernos da ciência médica.

Como resolver esses problemas?

Preliminarmente, com a criação de um só Instituto de Previdência e Assistência Social, englobando toda a população do país e extinguindo as atuais Caixas e Institutos de Aposentadoria, que representam, respectivamente, o seguro agremiativo e o seguro profissional, fases necessárias para a instituição futura do Seguro Social.

Criado o Instituto de Previdência e Assistência Social, haverá recursos financeiros para a socialização da medicina em padrão alto, e para instituição de uma assistência hospitalar disseminada e eficiente.

O Instituto Social se incumbiria, diretamente, da parte da previdência e delegaria poderes e recursos financeiros para que a assistência fosse prestada pelas municipalidades, inclusive financiando, a juros módicos e prazos longos, as construções de hospitais municipais, e custeando o tratamento dos municípios segurados, quer nos citados hospitais, quer nos Ambulatórios montados em cada Prefeitura.

As municipalidades tendo necessidade de organizarem seus quadros de médicos com a ajuda financeira do Instituto Social, a lei da oferta e da procura solucionaria a situação econômica e financeira do médico, e o povo teria uma eficiente assistência médica e hospitalar, dentro da política municipalista, única forma racional de resolver esses problemas, conforme a realidade brasileira.

Desajustamento econômico, social e profissional dos médicos servidores dos Estados e Municípios. Como corrigi-lo — Dr. Aryswaldo Espinola — Propõe o autor em seu trabalho que o III Congresso da Associação Paulista de Medicina recomende a adoção imediata do regime de convênios entre a União, de um lado e, do outro, os Estados e Municípios para o desenvolvimento dos Serviços de Saúde e Assistência em todo o

Novo sal antimonial de baixa toxidês!!!

(Iodoantimoniato de Tiamina)

Fórmula química:

C12 . H17 . OSN4 . CL . CLH . 2Sb . I3

Peso molecular 1.323

Composição centesimal

Antimonio % 18.40

Iodo % 53.60

Tiamina % 25.47

Especialidade:

IODOSTIBAMINA

Solução aquosa de iodoantimoniato de
Tiamina à 4% em ampôlas de 5 cm³,
caixa com 12 ampôlas

*Schistosomose-Leishmaniose
e Linfogranuloma venéreo*

USO INTRAMUSCULAR

★

Amostras e literaturas à disposição dos Srs. médicos

Caixa Postal, 943 — Fone, 33-9519 — São Paulo

LABORATÓRIO VERUM

país, cabendo àquela a responsabilidade da planificação, orientação, direção e execução dos aludidos Serviços e, a estes, como colaboração, a contribuição complementar dos percentuais orçamentários pre-estabelecidos em entendimentos mútuos, assegurada a equiparação dos vencimentos dos profissionais médicos servidores estaduais e municipais aos dos seus colegas federais; esta recomendação não exclui a possibilidade da adoção — caso seja mais conveniente aos interesses da União, dos Estados e dos Municípios — do regime da federalização daqueles Serviços.

Diretrizes em relação à Medicina Socializada — Dr. Emilio Athié. — Depois das considerações tecidas pelo autor propõe este que o III Congresso da Associação Paulista de Medicina indique as seguintes medidas: a) Nomear uma comissão para estudar as soluções pelas quais se deve lutar, visando a melhoria da remuneração e distribuição dos serviços médicos; b) Planejamento da maneira de estimular a iniciativa particular e enriquecer o patrimônio dos médicos por meio de orientações econômico-financeiras para os que o desejarem.

Terminada a exposição dos trabalhos, foram eles amplamente comentados. A discussão dos trabalhos se prolongou durante duas sessões plenárias no fim das quais foram redigidas e aprovadas as conclusões relativas a este tema e que vêm publicadas a baixo.

No intervalo entre as duas sessões plenárias realizou-se uma sessão especial, na qual — atendendo ao fato de que a Associação Paulista de Medicina, por ter âmbito de ação restrito ao Estado de São Paulo, não poderia ser encarregada de pôr em execução certas medidas de âmbito nacional que deveriam ser propostas — foi deliberada a fundação da Associação Brasileira de Medicina, nos moldes da American Medical Association. A esta reunião estiveram presentes os seguintes representantes de sociedades médicas de vários Esta-

dos do Brasil: Dr. Assis Brasil (Rio Grande do Sul); Dr. A. Pereira e Oliveira (Santa Catarina); Prof. Milton Munhoz (Paraná); Prof. Jairo Ramos e Prof. Alípio Corrêa Neto (São Paulo); Prof. Lucas Machado, Prof. Hilton Rocha e Prof. Oromar Moreira (Minas Gerais); Prof. Hosannah de Oliveira (Bahia); Prof. Bruno Maia (Pernambuco); Prof. Genésio Pacheco (Rio de Janeiro); Dr. Ariowaldo Espinosa e Dr. Antonio Dias (Paraíba); Dr. Haroldo Joaçaba (Ceará); Dr. Ulisses Marques (Piauí); Dr. Afonso Bianco (Espírito Santo); Dr. Eraldo Lemos (Sergipe) e Dr. Corrêa Lima (Maranhão).

A criação da Associação Brasileira de Medicina (A.B.M.) é uma consequência lógica do movimento de união da classe médica, que, nos últimos anos, tomou formas mais amplas, maxime em São Paulo. A esse movimento da classe em defesa de seus interesses se deve, entre outras realizações, a ampliação e a reestruturação da Associação Paulista de Medicina (A.P.M.) e a criação de seu Departamento de Previdência, a Assembléa Permanente de Médicos e Engenheiros de São Paulo e o estudo dos problemas relacionados com a socialização da Medicina. Fora do Estado de São Paulo, assistimos à reorganização, em moldes análogos aos da A.P.M., das associações médicas da Bahia e de Minas Gerais. Mais recentemente ainda, iniciou-se, no Rio de Janeiro, amplo movimento que visa o reajustamento dos profissionais médicos que prestam serviços nas instituições federais e autárquicas.

Com a criação da Associação Brasileira de Medicina, o movimento de união da classe médica entra em uma etapa superior. A A.B.M. se destinará, não só a coordenar os esforços regionais, dar-lhes maior unidade e eficiência, mas também a levar esse espírito de renovação e solidariedade aos recantos distantes do país.

As finalidades e a constituição da A.B.M. já foram delineadas na assembléa de fundação. São fina-

Nervos calmos



BEUNIT

Vitaminas do complexo B

FILIAIS:
RIO DE JANEIRO
PORTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE
CURITIBA
SALVADOR

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ
SÃO PAULO — BRASIL

END. TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
CAIXA POSTAL 7.230

lidades da A.B.M.: 1) propugnar pela união e defesa dos profissionais da Medicina; 2) promover o aperfeiçoamento da cultura médico-científica; 3) orientar, do ponto de vista deontológico, as atividades relacionadas com o exercício da profissão médica; 4) instituir e manter sistema de previdência e assistência social para os seus associados; 5) contribuir para a solução dos problemas médico-sociais; 6) orientar o público leigo na procura de melhor assistência médica.

Do ponto de vista de sua constituição, a A.B.M. terá necessariamente a forma de uma Federação de Sociedades Estaduais. As sociedades estaduais conservarão, naturalmente, sua autonomia patrimonial, jurídica e administrativa e se manterão fiéis a suas tradições e particularidades. Deverão, entretanto, readaptar seus estatutos e regimentos, de modo a poderem satisfazer um divisor comum que lhes dê a necessária base de trabalho.

Em primeiro lugar, deverão as sociedades locais se transformar em verdadeiras sociedades estaduais, capazes de reunir em seu quadro social a maioria dos médicos da Capital e do Interior de cada Estado do Brasil. O mecanismo dessa transformação será condicionado pelas condições locais, devendo ser observado um mínimo de uniformidade, já assinalado acima.

O Prof. Alípio Corrêa Neto, eleito Presidente da A.B.M., constituiu a primeira Diretoria com os Drs. Nelson Planet, Luis Edgard Puech Leão, Dorival Fonseca Ribeiro e Febus Gikovate, tendo sido ainda convidado para participar dos trabalhos o Dr. Antonio Costa Correia, consultor jurídico da A.P.M. A Diretoria da A.B.M. já iniciou os trabalhos. Constam de sua agenda a elaboração dos estatutos da A.B.M. e a manutenção de contacto regular com as sociedades médicas dos Estados. Esse contacto visa manter as sociedades médicas dos Estados a par dos trabalhos da Diretoria da A.B.M., receber sugestões e prestar

o auxílio necessário na tarefa de readaptação dos estatutos e regimentos. A Diretoria da Associação Paulista de Medicina pôs à disposição da A.B.M., a título de adiantamento de sua contribuição, os recursos indispensáveis para os trabalhos em andamento.

Conclusões: Quanto ao tema relativo à Socialização da Medicina, foram as seguintes as conclusões aprovadas pelo III Congresso da Associação Paulista de Medicina:

“A socialização da medicina está na dependência da socialização dos meios de produção, embora o regime capitalista não exclua a exigência de serviços médicos inadequadamente “socializados”, como se vem verificando em numerosos países, inclusive o Brasil. Os principais motivos desta evolução são o fraco poder aquisitivo de grande parte da população e a progressiva complexidade da medicina, com seu conseqüente encarecimento. Uma das conseqüências desta fase social tem sido o sacrifício da profissão médica, que passa a ser instrumento de interesse político e econômico de toda a ordem.

Diante da situação atual, em nosso país, é necessário que o médico e as suas associações representativas aceitem alguns princípios básicos que deverão servir como futura norma de ação. Para isso propomos:

1 — considerar como nosso primeiro dever a assistência ao povo e aceitar a permanência dos atuais serviços médicos, como uma das maneiras de realizá-la;

2 — combater, entretanto, a “socialização” unilateral e integral da medicina, por inviável em nosso ambiente atual e desastrosa para nossa profissão;

3 — aceitar a coexistência da medicina liberal e “socializada”, exercidas, simultaneamente por grupos diversos de profissionais ou pelo mesmo indivíduo;

4 — considerar a medicina a ser prestada nos serviços socializados

**PODEROSO ANTISÉPTICO
URINARIO E BILIAR**

URASEPTINE ROGIER



Fabricada no Brasil com licença especial de HENRY ROGIER, PARIS, FRANCE.
LABORATORIOS ENILA S. A. Caixa 484. Rio de Janeiro.

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

como uma unidade, não distinguindo suas atividades curativas das preventivas. Favorecer o ensino de especialidades referentes às suas atividades médico-sociais;

5 — combater a desigualdade na distribuição de recursos e serviços médicos nas Capitais e no Interior, bem como a sua duplicidade. Promover a união das diversas entidades assistenciais onde fôr aconselhável. Propugnar pela sua extensão às zonas rurais. Promover a planificação dos serviços assistenciais prestados pelos órgãos do Estado e para-estatais, autárquicos ou particulares, a fim de evitar a duplicidade e a dispersão;

6 — considerar no momento atual as Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões como os órgãos mais indicados na distribuição da assistência médica "socializada". Deverão essas entidades possuir ambulatórios polivalentes e manter quadro completo de funcionários médicos;

7 — dentro do Seguro Social, o médico deve ser considerado como elemento essencial, merecendo remuneração condigna e desfrutando ambiente científico que o estimule ao estudo e às pesquisas;

8 — os serviços sociais (SESI e SESC) não devem, a qualquer título, fazer concorrência às Caixas e aos Institutos na prestação do mesmo benefício. Quando coexistentes, aqueles deverão desenvolver ação supletiva destes;

9 — a fim de que o exercício da medicina liberal não seja prejudicado pelos abusos dos serviços prestados pelo Seguro Social, devem estes ser organizados em bases uniformes e suficientes, não permitindo a concessão de regalias aos segurados;

10 — combater o trabalho médico gratuito. Fixar em 4 horas a duração máxima normal do trabalho médico. Considerar como salário mínimo o correspondente a este horário que cubra as necessidades básicas do médico, inde-

pendentemente de sua atividade fora do emprego;

11 — especificamente cabe à Associação Brasileira de Medicina e sociedades estaduais organizar, em colaboração com os órgãos competentes um plano assistencial para o Brasil e Estados, dentro dos princípios gerais aqui aceitos, servindo ao povo e defendendo a profissão. Além do plano deverão as associações zelar pela correta e eficiente execução do mesmo".

A seguir, foram aprovadas várias moções relativas ou correlacionadas com o tema debatido.

Moção I — O III Congresso da Associação Paulista de Medicina, considerando que, a par da promoção dos direitos dos médicos, cabe à classe médica defender, com igual zelo, o interesse dos doentes; considerando que o crescente custo da medicação e da dietética, contrastando com o baixo nível econômico de grande parte da população brasileira, serve de impedimento à aplicação de tratamento moderno e adequado a elevado percentual de enfermos, e torna, assim, precário, em muitos casos, o resultado da terapêutica instituída; considerando que esse alto custo da medicação e da dietética, que é agravado em certos casos pela complacência de alguns profissionais, decorre sobretudo da ganância dos intermediários e distribuidores e da improbidade de produtores, abrigados na certeza da ineficiência, por vezes criminosa, da fiscalização, que aos governos normalmente compete exercer, da produção, importação e comércio de medicamentos e produtos dietéticos; considerando que, para possuir ou adquirir eficiência, é de mister possua essa fiscalização caráter realmente nacional e uniforme; considerando, outrossim, que o plenário acaba de significar a sua formal aprovação às conclusões de caráter teórico e de objetivos práticos que a Comissão Especial elaborou à luz dos relatórios, correlatórios, comunicações e propostas que, no desenrolar do presente certame, foram oferecidos

CORAFURON

(VISAMMIN)



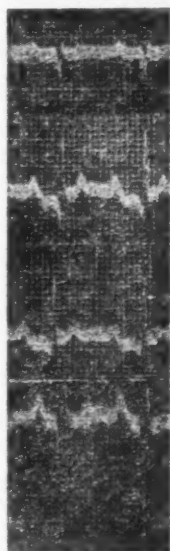
CORAFURON é o 2 metil, 5, 8, dimetoxi, 6, 7, furanocromon ainda conhecido sob o nome de Visammin ou Khellin.

Farmacologicamente **CORAFURON** é um poderoso espasmolítico com particular ação vasodilatadora sobre as artérias coronárias.

Clinicamente **CORAFURON** aumenta a corrente sangüínea coronariana sem apresentar qualquer efeito sobre a pressão arterial, parecendo haver uma ação seletiva do **CORAFURON** sobre as artérias coronárias.

Insuficiência coronária
Angina do Peito

Infarto do miocárdio



Agora também!

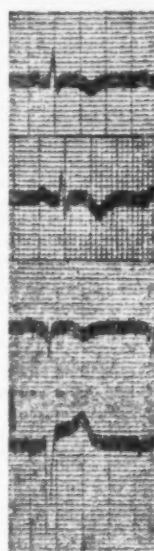
CORAFURON 50 mg.

Comprimidos:

Cada comprimido
contem 0,050g de
princípio ativo.

Ampolas:

Cada ampola contem
0,050g de princípio
ativo.



INDICAÇÕES

Angina de peito — Trombose coronária — Coqueluche — Cólicas
nefréticas, hepáticas — Crise asmática.

APRESENTAÇÕES

Comprimidos: dosados a 0,020g de princípio ativo.

Gotas: cada XXX gotas contêm 0,020g de princípio ativo.

Ampolas: cada ampola de 1 cm³ contem 0,020g de princípio ativo.

Laboratório Sintético Ltda.

Rua Tamandaré, 777 — Tel. 36-4572

São Paulo

Real progresso

na terapêutica

pelos antihistamínicos



Alergo-Filinal

*antihistamínico potencializado
e melhor tolerado.*

LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 - Fone, 36-4572

SÃO PAULO

a propósito da tese fundamental "Socialização da Medicina"; considerando, finalmente, que, no presente conclave, foram coroados de pleno êxito os crescentes esforços e realizados os anseios gerais da classe médica para a fundação da Associação Brasileira de Medicina:

Resolve encarecer a conveniência de ser o controle da medicação e produtos dietéticos incluído entre as atribuições fundamentais da Associação Brasileira de Medicina, à semelhança do que, com indiscutível vantagem para os clínicos e para os enfermos, vem fazendo nos Estados Unidos a prestigiosa American Medical Association.

Moção subscrita pelos Drs. Afrânio do Amaral Durval Rosa Borges, Eraldo Lemos (Sergipe), Ulisses Marques (Piauí), Afonso Bianco, Ariovaldo de Carvalho, Bruno Maia (Pernambuco), Oscar Monteiro de Barros, Luís Dantas de Castro, Samuel B. Pessoa, Aniloel Alves Nazareth, Humberto Pascale, Olavo Alexandrino Correia (Maranhão), L. E. Puech Leão, Linneu Mattos Silveira, Gilberto de Macedo (Alagoas), Djalma Leite da Silva (Paraíba), Arioswaldo Espinola (Paraíba), Lucas Machado (Minas Gerais).

Moção 2 — Considerando que a assistência médica rural em grande parte do Brasil é feita exclusivamente pelos Serviços Federais de Saúde, particularmente pela Divisão de Organização Sanitária, que mantém mais de uma centena de Postos de Profilaxia da esquistossomose e outras helmintoses, da boubá, da leishmaniose, etc., os quais vêm dando assistência eficiente a numerosas comunidades brasileiras, que, de outra forma se encontrariam completamente desprotegidas; considerando que grande parte das verbas destinadas à manutenção de tais serviços foram incluídas no Plano Salte (Setor Saúde), a partir de meados do ano passado; considerando que o congelamento de tais verbas determinou a paralisação de

várias atividades médicas mantidas pelos organismos federais acima citados:

Propomos que o III Congresso da Associação Paulista de Medicina se dirija ao Exmo. Sr. Presidente da República, para solicitar a liberação das verbas do Plano Salte (Setor Saúde), no mais breve espaço possível, a fim de não deixar no desamparo uma parcela tão expressiva bem como necessitada da população brasileira.

Moção subscrita pelos Drs. Samuel B. Pessoa, Antonio Darcio Franco do Amaral, José Lima Pedreira de Freitas, Piero Manginelli, Félix de Queiroz, Roberto Oliva, Luciano Décourt, Humberto Cerruti, Haroldo Joaçaba.

Moção 3 — O III Congresso Médico da Associação Paulista de Medicina, reunido em São Paulo, congregando representantes de Sociedades Médicas de 17 Estados do Brasil, empresta a sua integral solidariedade aos diferentes movimentos que se processam em todo país, nos setores Federal, Estadual e Municipal, no sentido da reestruturação dos vencimentos dos médicos servidores públicos federais, estaduais e municipais, de entidades autárquicas, para-estatais, de órgãos autônomos, de empresas reconhecidas de direito público, no padrão O federal, com aumentos quinquenais de 20% até 5 quinquênios.

Moção subscrita pelos Drs. Durval Rosa Borges, Aniloel Alves Nazareth, Clovis de Sá e Benevides, Linneu Mattos Silveira, A. Almeida Júnior, Afrânio do Amaral, Samuel B. Pessoa, Humberto Pascale, L. E. Puech Leão, Antonio B. Lefèvre, Flaminio Fávero, A. Bernardes de Oliveira, Ariovaldo de Carvalho.

Moção 4 — Considerando o excelente planejamento e os bons serviços já prestados pela "Campanha Nacional Contra a Tuberculose", orientada com âmbito em todo o país pelo Prof. Rafael de Paula Souza,

Propomos que o III Congresso da Associação Paulista de Medicina encaminhe aos dirigentes do país ligados a questões de Saúde um apelo no sentido de conservar a atual orientação e direção na "Campanha Nacional Contra a Tuberculose", a fim de preservar a magnífica obra que vem sendo por ela desenvolvida.

Moção subscrita pelo Dr. Durval Rosa Borges.

Moção 5 — Considerando que a 25 de janeiro de 1954 será comemorado o 4.º centenário da fundação da cidade de São Paulo; considerando que é dever de todos prestar colaboração para o relêvo das solenidades com que aquela data será festejada; considerando

que até 1954 terá decorrido prazo razoável para a apreciação dos primeiros resultados das deliberações do III Congresso da Associação Paulista de Medicina; considerando a excelente oportunidade social que representa aquela comemoração,

Recomendamos que a Associação Paulista de Medicina e a Associação Brasileira de Medicina promovam ou patrocinem naquela data a realização de um Congresso que deverá versar sobre temas médicos ou médico-sociais, realizados simultaneamente em todos os Estados, adotando especificações que dêem ao conjunto um caráter uniforme em relação às contribuições

Moção subscrita pelos Drs. Gomes de Mattos e Eduardo Maffei.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 4 DE JULHO DE 1951

Presidente: Dr. Cesário Tavares

Fator Rh e Hr — Dr. Ademir Albano Russi. — "Os sistemas Rh e Hr a sua importância na esoinunização", foi o título do trabalho lido pelo dr. Ademir Albano Russi, que iniciou fazendo o histórico do assunto. Explicou o que Rh, e suas várias frações, que, combinados, dão os diferentes tipos de antígeno, em número de 8. As nomenclaturas de Wiener e de Fiseher foram postas em paralelo. 21 a 25% dos indivíduos têm fator Rh negativo, mas as reações só se processam em 1/200 casos.

Comentários: Dr. Waldemar Machado fez comentários sobre a parte econômica da pesquisa, que impede a sua maior divulgação no abortamento espontâneo.

Ileo-transversostomia término-terminal — Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O A. relatou os bons resultados obtidos com o emprego da ileo-transversostomia término-terminal apresentando um caso operado por essa técnica.

Comentários: O dr. Nogueira Martins discutiu as razões da intervenção feita no caso apresentado. O dr. Paulo G. Brassan citou a técnica usada por Alípio Corrêa Netto para diminuir a luz do transversal e acomodá-la a do íleo e mostrou as conveniências da biópsia operatória para orientação do ato cirúrgico. O dr. Moacyr Boscardin referiu os trabalhos de Finochietto sobre o assunto. O dr. Eurico Branco Ribeiro fez ainda considerações sobre o assunto.

SESSÃO DE 18 DE JULHO DE 1951

Presidente: Dr. Moacyr Boscardin

Câncer e cogumelo — Dr. Fernando Lopes — O A. discorreu sobre Câncer experimental produ-

zido por cogumelo. Explicou como se interessou pelo assunto, por perder a mãe em consequência de



ABSTENIR

No combate ao etilismo crônico



PRÁVAZ, LABORATÓRIOS S. A.

câncer. Referiu várias experiências que fez e por fim as que realizou com colônias de cogumelos em inoculação em camundongos, verificando o desenvolvimento de sarcoma. Fez considerações sobre os resultados obtidos cultivando cogumelo em meio ácido.

Comentário: O dr. Estêvam de Almeida Prado referiu-se a existência da sifonopora, que não se sabe si é cogumelo ou si bacilo e apresentou diapositivos mostrando o indigitado agente do câncer em várias fases. O dr. Eurico Branco Ribeiro salientou o valor das pesquisas feitas em favor da descoberta da etiologia do câncer, lembrando que o sarcoma não seria o tipo de tumor que por certo conduziria à elucidação completa do problema; fez considerações sobre a acidez dos tecidos e o câncer, no que foi secundado pelo dr. Estêvam de Almeida Prado.

Síncope cardio-respiratória —

Drs. Ademar Albano Russi, Moacyr Boscardin, João Sonleithner, Paulo G. Bressan e Luis Branco Ribeiro. O dr. Ademar Albano Russi em seu nome e em nome dos AA. fez a seguinte comunicação:

Tratava-se de um caso de lesão pulmonar operado pelo dr. Moacyr Boscardin; a síncope foi vencida com injeção de adrenalina intracardiaca e o doente veio à sessão, apresentado pelo dr. Paulo G. Bressan, que teceu comentários sobre o caso clínico e analisou as síncopes respiratórias e cardíacas observadas nas salas de operações. Falou sobre os recursos que se tem aconselhado para restabelecer o funcionamento do coração e dos pulmões.

Comentários: O dr. Moacyr Boscardin referiu-se à síncope respiratória favorecida pela agressão cirúrgica do tórax e pela posição na mesa, que diminui a capacidade respiratória. A anestesia nem sempre é a responsável, como bem prova outro caso que observou e em que a anestesia já tinha sido suspensa quando o coração entrou em fibrilação. O dr. Luiz Branco Ribeiro referiu-se à contraindicação da entubação traqueal nos tuberculosos. O dr. Bressan da Silveira citou dois casos de síncope anestésica vencida com massagem cardíaca no mesmo doente.

SESSÃO DE 8 DE AGOSTO DE 1951

Presidente: Dr. Moacyr Boscardin

Queimaduras — Dr. Pimentel Queiroz (Tupã). — O secretário leu uma observação enviada pelo A., que se refere a uma menina de 13 anos com extensa queimadura, cerca de 70% de área corporal, que foi tratada localmente com pasta de alumínio e óleo de cação pelo processo do dr. Eurico Branco Ribeiro. O resultado satisfatório justifica a publicação do caso. Foram apresentadas fotografias da doente, mostrando a extensão das lesões.

Hipernefroma — Dr. Nicola Gabriele. — O A. apresentou considerações sobre os hipernefomas à luz de um caso recentemente operado pelo dr. Eurico Branco

Ribeiro. Fez um estudo das nefrectomias realizadas no Sanatório São Lucas, estatística que comprova ser o tumor de Gravitv afecção do indivíduo adulto.

A ficha clínica do arquivo hospitalar — Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O A. apresentou um plano para a feitura da ficha clínica do arquivo hospitalar, justificando a sua adoção compulsória. Trata-se de um trabalho preliminar, destinado a discussão entre os consócios, depois do que servirá para uma proposição ao I Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgias.

GADUSAN

O antitoxico da tuberculose

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desintoxicante do tuberculoso. "Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



★
**INSTITUTO TERAPEUTICO
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO



Comentários: Os drs. Ruy Souza Ramos e Ademar Albano Russi, apresentaram sugestões, que foram discutidas pelo dr. Eurico Branco Ribeiro.

O equilíbrio hídrico no organismo — Dr. Ademar Albano Russi — O A. apresentou um estudo sobre o equilíbrio hídrico do organismo. Apresentou as fontes de hi-

dratação e as causas da desidratação cujas conseqüências apon- tou. Discutiu a questão do emprego dos sôros clorretados, glicosados e bicarbonatado e fez elogio do lactato de sódio em solução adequada.

Comentários: O dr. Eurico Branco Ribeiro fez ligeiros comentários sobre o assunto.

SESSÃO DE 22 DE AGOSTO DE 1951

Presidente: Dr. José Saldanha Faria

Homenagem ao Prof. Carmo Lordy — Dr. João Noel Sonneckthner — Em homenagem ao prof. Carmo Lordy, recentemente agalardado com o título de "Professor emérito" pela Faculdade de Medicina de São Paulo, falou o dr. João Noel von Sonneckthner que em nome da Sociedade Médica São Lucas saudou o prof. Carmo Lordy, recordando as características de sua personalidade. Tomando a

palavra o homenageado agradeceu a manifestação que lhe foi feita pelos membros desta Sociedade; referiu-se a sua longa carreira de professor e recordou os trabalhos realizados na sua cátedra, em que sobressaem os museus de histologia normal e de embriologia teratológica. Mostrou por fim a sua satisfação de ter vindo colaborar com os médicos que trabalham no Sanatório São Lucas.

SESSÃO DE 28 DE AGOSTO DE 1951

Presidente: Dr. Moacyr Boscardin

25.º aniversário da 1.ª intervenção — O presidente propoz um voto de congratulações pela passagem do 25.º aniversário da 1.ª intervenção praticada pelo dr. Eurico Branco Ribeiro.

Fisiopatologia experimental — Prof. Carlos Foa — O A. discorreu sobre "Recentes progressos da fisiopatologia experimental". Recordou o orador a palestra feita nesta sociedade sobre os isotopos radioativos, com largo uso hoje no câncer da tireóide. Referiu-se, depois, aos estudos que vem fazendo com parasitose de dois animais ligados por via sanguínea. Depois de descrever vários resultados, apresentou dois ratos postos em parábiose um ano antes e que morreram em conseqüência de que um deles aprestava um angioendotelioma com numerosas metastases sem que o companheiro

apresente qualquer sinal de molestia. Isso demonstra o valor constitucional ou do terreno na colação do câncer.

Sludge blood é o título de um trabalho americano que dei origem a pesquisas que se estão fazendo na Itália: obstrução capilares por conglomerados de hemácias, que depois se desfazem, restabelecendo a circulação normal. Isso é observado na conjuntiva e pensa-se que poderá explicar certos sintomas passageiros de ordem cerebral. A perda de memória e outros fenômenos de velhos podem ser interpretados por esse mecanismo. Como orientar uma nutrição paraenteral é outro assunto interessante principalmente para os cirurgiões. Manifesta-se contra a alimentação retal pela gema de ovo, mas útil nos sais minerais, café e até proteínas lisadas. A via venosa é mais útil, mas sujeita a cho-

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos ultimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.

Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia | VIII — Neurologia e Psiquiatria |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia | IX — Cirurgia |
| III — Endocrinologia | X — Obstetrícia e Ginecologia |
| IV — Microbiologia e Higiene | XI — Oto-rino-laringologia |
| V — Patologia geral e Anatomia Patológica | XII — Oftalmologia |
| VI — Medicina geral | XIII — Dermatologia e Venerologia |
| VII — Pediatria | XIV — Radiolôgia |
| | XV — Tuberculose. |

Pedidos de assinatura para 111, Kalverstaart — Amsterdam C. — Holanda.

Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

Médico radiologista

Radiodiagnóstico e Radioterapia

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone, 4-0655

(EDIFICIO PASTEUR)

Residencia:

Rua Tupi, 593

Telefone, 51-4941

ques; há preparados bons de amino ácidos (Amigen). A perda protéica em todo ato cirúrgico. A glicose não deve ser administrada junto com ami-ácidos mas pode ser associada ao álcool. As gorduras podem ser fragmentadas em gotículas de 1 M; o ultrason é empregado nesse preparo; produzindo emulsões muito boas, que se podem injetar nas veias.

Comentários: O dr. Ademar Albano Russi referiu-se à perda de peso no posoperatório em doentes que sofreram pequenas intervenções; o comércio ainda não dispõe de soluções de gorduras para uso parentérico. O prof. Foá falou sobre a instabilidade de várias soluções o que não permite a distribuição pelo mercado. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se aos isótopos no câncer da tireóide e

ao uso de proteínas no posoperatório. O prof. Foá fez ainda considerações sobre o câncer da tireóide e as fontes de calorias a serem empregadas no posoperatório.

Cistes do cordão espermático — Ddo. Odilon Maciel — O A. apresentou um trabalho sobre Cistes do cordão espermático. Fez considerações sobre a etiopatogenia, recordando as várias teorias apresentadas. Deveu-se na formação cística por persistência de restos do canal peritônio vaginal. No arquivo do Sanatório São Lucas encontrou 21 casos, de 5 aos 50 anos, sem predominância do lado (12 à esquerda para 9 à direita). Salientou a raridade de cistes volumosos, referindo 2 casos desse tipo ultimamente operados pelo dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sociedade Médica São Carlos

Posse da nova diretoria — E' a seguinte a nova diretoria da Sociedade Médica de São Carlos, recentemente empossada: presidente, dr. Luis Maia; vice-presidente, dr.

Silvio Vilari; secretários, drs. Paulo Botassi e Montezuma Gomes Ferreira; tesoureiro, dr. José Alvarenga; orador, dr. Ernani Fonseca; bibliotecário, dr. João de Oliveira.

Outras sociedades

Associação Paulista de Medicina — Departamento de Cirurgia, sessão de 10 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Modificações do ponto de Donatti — dr. Oswaldo Jesus de Oliveira Lima (nota prévia; convidado); 2) Ressecções parciais do pancreas — prof. Eurico da Silva Bastos e sr. Guilherme Moreira Leite; 3) Tratamento dos cálculos residuais do colédoco pelo método de Pribram — drs. Americo Nasser e dr. E. Ribeiro de Mendonça; 4) película colorida sobre vias biliares.

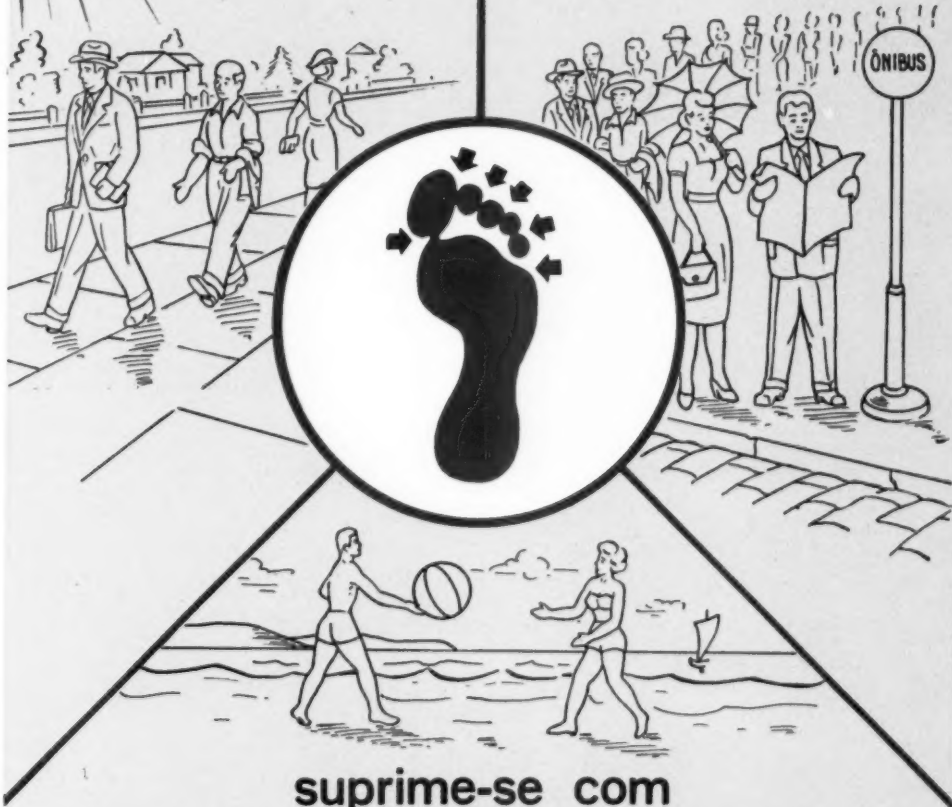
—, Departamento de Ginecologia e Obstetricia, sessão do dia 28 de setembro de 1951, ordem do

dia: 1) Prenhez ortotópica e ectópica, simultaneas; drs. Izidoro Tadeu, Renê Oliveira e Franz Müller; 2) Mioma do colo — dr. Paulo Gorga; 3) Alguns diagnósticos peritonioscópicos — dr. Paulo Gorga.

—, Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) prof. Samuel B. Pessoa — Necrológico do prof. Emile Brumpt; 2) drs. Tito Lopes da Silva e O Unti — Molestias de Chagas no vale do Paraíba. Nota sobre epidemiologia e profilaxia; 3) drs. Antônio Dacio Franco do Amaral e Carlos Dias de Avila Pires — A

No verão

o sofrimento dos pés



suprime-se com

ANDRIODERMOL

AGORA COM AROMA AGRADAVEL



LABORATORIOS ANDRÔMACO

ANDRIODERMOL

AGORA AGRADAVELMENTE AROMATIZADO

ANDRIODERMOL, pelo seu elevado poder de penetração e grande atividade fungicida, atua rapidamente nas micoses quando falham os outros tratamentos.

AÇÃO IMEDIATA SOBRE OS PARASITOS
TOTALMENTE INOFENSIVO PARA OS TECIDOS

NO VERÃO

PROTEGE EFICAZMENTE OS PÉS CONTRA OS EFEITOS DA
SUDORESE INTENSA

- ★ Mata os fungos por contacto assegurando cura mais rápida das micoses da pele.
- ★ Não produz irritação local, pois não contém fenois, alcalis ou metais pesados.
- ★ Veículo agradavelmente aromatizado, não gorduroso e miscível em água.

INDICAÇÕES

No tratamento e profilaxia das afecções micóticas da pele.

COMPOSIÇÃO

Undecilenatos de sódio e de zinco — Propionatos de sódio e de cálcio — Ácido undecilênico — Ácido propiônico — Hexilresorcinol

LÍQUIDO - PÓ - POMADA



LABORATORIOS ANDRÔMACO

Rua Independência, 706 - São Paulo

aureomicina no tratamento da Amebíase.

—, Departamento de Neuro-psiquiatria, sessão de 5 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Apresentação de casos clínicos — drs. Henrique Levy, Elio M. Dias da Costa, Gecei Luzer Sterling, Spartaco Vizzoto e Mário Robertella; 2) Aspectos clínicos — dr. Anibal Silveira; 3) Aspectos anatomo-patológicos — dr. Walter Edgard Maffei.

—, Departamento de Patologia, sessão de 18 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) dr. Domingos Delascio — Toxoplasmose experimental em cobaias; 2) dr. Roberto A. Aun — Molestia de Bowen da conjuntiva epi-bulbar.

—, Departamento de Proctologia, sessão de 6 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) prof. Felipe Figliani — Colite ulcerativa; 2) dr. Milton Cesar Ribeiro — Considerações sobre as fistulizações sigmoideanas e de tumores abdominais.

—, Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica, — sessão de 24 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) dr. Miguel Centola — Mais uma vítima do Raio X; 2) dr. Plínio Matos Barreto — Estudo radiológico do laringe e sua aplicação no tratamento do câncer.

—, Departamento de Urologia, sessão de 25 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) dr. Carlos Pimenta de Campos — Disúria provocada pela Bathine; 2) dr. Geraldo Campos Freire — Tratamento cirúrgico das obstruções das junções utero-pielicas; 3) prof. José Martins Costa — Estado atual da urologia na Bélgica e na França; 4) dr. A. A. Motta Pacheco — Orquite traumática.

Associação Médica da Santa Casa de Ribeirão Preto — Sessão de 6 de Março de 1951 — Ordem do dia: Patologia da Tireóide — Dr. Paulo Valentie de Oliveira. Terapêutica nas tireopatias — Dr. Fernando Roselino. Tireopatias do recém-nascido — Dr. Luiz Mieli.

Sessão de 21 de Abril de 1951 — Ordem do dia: Invaginação intestinal do delgado — Dr. Alvaro Cardoso.

Sessão de 19 de Junho de 1951 — Ordem do dia: Seção Extraordinária. Tratamento da esterilidade — Prof. Dr. Heinz Weber.

Sessão de 6 de Julho de 1951 — Ordem do dia: Deiscência das feridas cirúrgicas — Dr. P. Valente.

Sessão de 1.º de Agosto de 1951 — Ordem do dia: Dóres Lombares: a) Origem intestinal — Dr. Gilberto Roseiro; b) Origem ginecológica — Dr. Luiz Tinoco Cabral; c) Origem Neuro-endocrina — Dr. Ivo Simões; d) Origem vertebral — Dr. Luiz Tarquinio Assis e Dr. Benedito Terreri.

Sessão de 24 de Agosto de 1951 — Ordem do dia: Dóres Lombares de origem renal — Dr. Georgides Gonçalves.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 4 de setembro de 1951, ordem do dia: Terapêutica do Glaucoma — dr. Renato de Toledo.

Hospital Juqueri, sessão de 8 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Microcefalia. Broncopneumonia; 2) Oligofrenia. Síndrome tetânica; 3) Esquizofrenia. Pneumonia lobar; 4) Hematoma subdural; 5) Esquizofrenia paranoide. Tuberculose pulmonar. — Exposição clínica pelos drs. Isaías Meisohn, Diogo C. Garcia, E. Bernardinelli e Nelson C. Vieira.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, sessão de 6 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Prof. dr. Domingos Define — Fratura isqui-cotiloidéa de Walther; 2) dr. José Paulo Marcondes de Souza — Impressões de um estágio no Instituto Rizzoli.

Sociedade de Gastrenterologia e Nutrição, sessão de 25 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Entrega do Prêmio Arnaldo Vieira

de Carvalho (1950) conferido ao trabalho — Aspectos sociais da nutrição. Caries dentárias — profs. João Dutra de Oliveira e Octavio de Paula Santos. 2) Premio Arnaldo Vieira de Carvalho (1949) conferido ao dr. Demosthenes Orsini — Metabolismo de base universitário.

Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo, sessão de 5 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Tratamento dos tumores malignos pelos sais metálicos (nota prévia) — dr. Ernesto de Mello Kujawski; — 2) Fisiopatologia e tratamento do choque — dr. Gelson Arantes Lima.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 12 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Operações abdomino-perineal por duas equipes — dr. Moacyr Boscardin.

—, sessão de 19 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Substituição cólica do estômago — (nota prévia) dr. Camara Lopes; 2) Impressões de um estágio na Clínica Riggoli — dr. Marcondes de Souza; 3) Fistula mentoneana (com apresentação de filme) — Dr. Laert de Toledo.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão do dia 4 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) dr. Atayde Pereira — Molesia diverticular da prostata; 2) dr. Sebastião Hermeto Júnior — Doença osteogênica. Contribuição para o estudo anatomo-clínico.

—, sessão de 30 de setembro de 1951, ordem do dia: Entrega de diplomas de socios correspondentes estrangeiros aos profs. Arnulfo Johow Schaefer, Wayner W. Babcock, Neal Owens, Clement Martin, John Ruzic, Horace E. Turner, José Maria Pelliza, Jorge A. Taiana, Ernesto Prieto Truco e Juan Curbello Uróz.

Sociedade Medicina Legal e Criminologia, sessão de 14 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Uma consulta médico-legal e Acidentes, homicídios e suicídios em Curitiba — d.ºf. Ernani Simas Alves da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo, sessão de 5 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria; 2) Assuntos para-médicos — dr. Admar Nobre; 3) Câncer do estômago — dr. Jayme Rodrigues.

Sociedade Paulista de História da Medicina, sessão de 5 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) prof. dr. Ulisses Paranhos — Nuno de Andrade; 2) dr. Arnaldo Amado Ferreira — Relatório da representação desta Sociedade ao I Congresso Brasileiro de História da Medicina; 3) prof. dr. Antônio Bernardes de Oliveira — Uma curiosidade terapêutica do século XVIII; a insuflação "per anal" da fumaça do tabaco.

Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, sessão de 3 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) dr. Geraldo Alves Pedroso — Recuperação funcional dos incapacitados; 2) dr. Fernando Boccolini — Exibição de pediculas documentários sobre reabilitação, com comentários.

Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho, sessão de 21 de setembro de 1951, ordem do dia: 1) dra. Hilda de Macedo — Aspectos jurídico-sociais; 2) dr. Tarciso Leonice Pinheiro Cintra — Aspectos psicológicos e psiquiátricos; 3) Prof. J. B. de Oliveira e Costa Junior — Aspectos médico legais e deontológicos.

Procure variar as suas refeições afim de evitar a inapetência e as deficiências resultantes dos regimes monótonos. — SNLS.



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente alivia nas dores provocadas, mantidas ou oxaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampólas - de 1cm3, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Anais do Instituto Pinheiros, Vol. XIV, n.º 27, janeiro de 1951 — Corrêa, A. e Guidolin, R. — O teste de cefalina-cholesterol aplicado em soro de cavalo; Ferri, Rubens G. — Digestão proteolítica de plasmas antitóxico e antivenenosos; Gomes de Mattos, A., Lacaz, C. S., Pereira, A. e Ferreira, M. — Contribuição para o estudo etiológico do tétano umbilical; Jánszky, B. — Estudos sobre venenos ofídicos brasileiros 1) Ação proteolítica; 2) Ação coagulante; 3) Relação entre a ação proteolítica e coagulante; Jánszky, B. — Progressos recentes no estudo do venenos ofídicos; Pereira, A. A., Lacaz, C. S., Ferri, R. G. e Ferreira, M. — Preparo, dosagem e aplicações terapêuticas do soro anti-estafilocócico.

Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Vol. 4, n.º 1, junho de 1950. Brandão, Helvécio — Determinação e toxigenicidade do *C. diptheriae* "in vitro"; Ribeiro, B. Alves — Frequência e gravidade de acidentes do trabalho em indústrias têxteis do município da capital do Estado de São Paulo; Foratini, Oswaldo Paulo e Silva, Oswaldo José da — Resultado das pesquisas de triatomídeos no distrito de Motuca (Município de Araraquara); Castro, Paulo Carvalho e Tameirão, Heitor Pinto — Os serviços de engenharia sanitária em face das funções das unidades sanitárias no Estado de São Paulo; Mascarenhas, Rodolfo dos Santos e Ferreira, Newton Guimarães — Contribuição para o estudo do financiamento das unidades sanitárias locais pelos municípios brasileiros; Brandão, Helvécio — Impressões da "London School of Hygiene and Tropical Medicine"; Mascarenhas, Rodolfo dos Santos — A tuberculose e a imigração nacional — Estado de São Paulo.

Boletim de Higiene Mental — Ano VII, N.º 77, 78 e 79, janeiro, fevereiro e março de 1951 — Esclarecimentos; A criança destruidora; Compreenda seu filho dos 6 aos 12 anos.

Caderno de Terapêutica — Vol. I, n.º 5 setembro de 1951. Teraputica da Hipertensão arterial essencial — Horacio Kneese de Melo; Orientação para o tratamento da glomérulo-nefrite aguda difusa na infância.

Neurônio, Vol. XII, n.º 3, 3.º trimestre de 1951, Recensões.

Resenha Clínica-Científica, Ano XX, n.º 8, agosto de 1951. Afecções que simulam a insuficiência cardíaca congestiva — Nathan Flaxman; Aspectos patogênicos das anemias megaloblásticas — Giorgio Dominici; O laboratório de patologia em clínica cirúrgica (Análise de 1.086 exames histopatológicos) — Fernando Paulino e Ernani T. Torres.

Resenha Clínica Científica, Ano XX, n.º 9, setembro de 1951. Moderno conceito patogênico da hemorragia cerebral — A. Marques Torres; O método fisiológico no diagnóstico diferencial entre tumor maligno e hiperplasias benignas do útero — Armando Rossi; Efeitos metabólicos e clínicos do ACTH e da cortisona.

Revista Clínica de São Paulo, Vol. XXVII, ns. 5-6, maio-junho de 1951. Leishmaniose visceral americana — Drs. Oscar Monteiro de Barros e Péricles Maciel; Encefalite post-vaccínica: considerações a propósito de um caso — Drs. Oscar Monteiro de Barros, Diogo Pupo Nogueira e Geraldo Paulo Bourroul; A estreptomycin nas enterites da infância — Dr. Vicente Monetti.

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



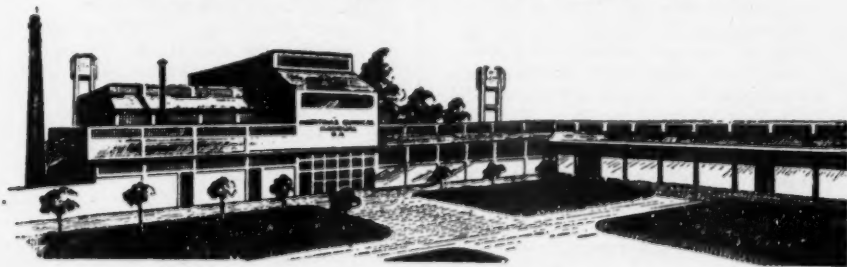
Ácidos Aminados a 6% em Água destilada
Solutos de Glucósio a 5% com Vitaminas B₁, B₂ e PP
Solutos de Glucósio Isotônico com 10% de Alcool
Lactato de Sódio em Solução 1/6 Molar
Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio
Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5% e 10%
Solutos de Glucósio em água destilada a 5% e 10%

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Solutos de Lactato de Sódio e Cloreto de Sódio
com Cloreto de Potássio (Solução de Darrow)

Em frasco de 250 cm³

MATERIAL PARA INSTALAÇÃO DE BANCOS DE SANGUE:
TRANSFUSO VAC, PLASMA VAC, CONJUNTOS DE
COLHEITA E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE.
PLASMA HUMANO NORMAL SECO (IRRADIADO)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel.: 46-1818
C. Postal 3.705 — End. Electr. "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543

FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel.: 32-9626

End. Electr.: "BAXTER"

Revista do Hospital N. S. Aparecida, Vol. IV, n.º 2, março-abril de 1951. Os mecanismos psicodinâmicos da dismenorréia funcional — Gilberto de Macedo; Tratamento da dor nas neoplasias — Alcoolização sub-aracnoidea — Acadêmico William Saad Hossne.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XI, n.º 7, julho de 1951. Considerações em torno da cirurgia plástica, estética, reparadora, reconstrutiva e orthosomática — Dr. Mário Ottobri Costa; Variações das condições da alimentação da população paulistana, no curso do último decênio — Dr. F. Pompêo do Amaral; Manifestações cardíacas beribericas — Dr. Dutra de Oliveira; Papel do ácido nicotínico no metabolismo intermediário — Rainer Fried.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XI, n.º 8, agosto de 1951. O Problema do adenoma fetal da tireóide — Dr. Sebastião Hermeto Júnior; Índice de carência vitamínica — Dr. José Dutra de Oliveira; Urografia e pielografia — Dr. Eduardo S. Cotrim.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 39, n.º 2, agosto de 1951. Socialização da Medicina — Dr. Durval Rosa Borges; Desvantagens e vantagens da Socialização da Medicina. — Dr. Aniloel Alves Nazareth; A Socialização da Medicina no Interior — Dr. Clóvis de Sá

Benevides; Socialização da Medicina — Prof. Linneu Mattos Silveira: A experiência mundial na Socialização da Medicina — Prof. A. Almeida Júnior; Indústria farmacêutica e Socialização da Medicina — Dr. Afrânio do Amaral; Medicina rural e Socialização da Medicina — Prof. Samuel B. Pessoa; Serviço público e Socialização da Medicina — Dr. Humberto Pascale; Seguro Social e Socialização da Medicina — Dr. L. E. Puech Leão; Socialização da Medicina e hospitais — Prof. A. Bernardes de Oliveira; Medicina liberal e Medicina socializada — Dr. Oscar Monteiro de Barros; Ética profissional e Socialização da Medicina — Dr. Ariovaldo Carvalho; Serviços assistenciais e Socialização da Medicina — Dr. Antônio B. Lefèvre; Sugestões para melhoria do regime de trabalho dos médicos das Caixas de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários — Dr. Oscar Pereira Araujo; Contribuição ao estudo da Socialização da Medicina e da assistência hospitalar no Brasil — Dr. Nelson Baeta Neves; Desajustamento econômico, social e profissional dos médicos servidores dos Estados e Municípios. Como corrigi-los — Dr. Aryoswaldo Espinola; Diretrizes frente à Socialização da Medicina — Dr. Emilio Athié; Resumo geral, discussões, conclusões e mocções relativas ao 3.º tema oficial do III Congresso da Associação Paulista de Medicina — Socialização da Medicina.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

4.º Centenário da Fundação de São Paulo — Sob a presidência do prof. Jairo Ramos, presidente da Associação Paulista de Medicina, estiveram reunidos no dia 21 de agosto de 1951, na sede dessa entidade, os presidentes das sociedades médicas de São Paulo, a fim de tratar da participação dos

médicos em congressos científicos e profissionais por ocasião das comemorações do 4.º Centenário de Fundação de São Paulo.

Deliberaram os presentes aprovar a seguinte sugestão, apresentada pelos presidentes das várias sociedades médicas ali representadas:

"Os presidentes de sociedades médicas sediadas em São Paulo e os presidentes de congressos já programados, convocados pelo presidente da Associação Paulista de Medicina, reuniram-se em 2 do corrente na sede da referida associação para o fim especial de tomar conhecimento e discutir o Plano de Atividades Médicas elaborado por uma comissão especial e que será apresentado à Comissão Central das Comemorações do 4.º Centenário da Cidade de São Paulo. Aprovando o Plano apresentado, resolveram os presentes constituir-se em Conselho Geral

e designar uma Comissão Executiva Provisória, composta pelos drs. prof. Jairo Ramos Resende Barbosa, Inacio Alves Correia e Dario Carvalho Fonseca, que fica desde já autorizada a submeter à consideração da Comissão Central de Comemoração do 4.º Centenário da Cidade o plano preliminar já aprovado. A Comissão Executiva Provisória convocará periodicamente o Conselho Geral, à cuja aprovação submeterá os projetos referentes à participação dos médicos nas comemorações do 4.º Centenário da Fundação de São Paulo".

Clube Internacional dos Cirurgiões da Criança

2.ª Reunião Mundial — Na sessão de encerramento da 1ª Reunião Mundial do Clube dos Cirurgiões da Criança, foi escolhida a sede da próxima Reunião Mundial do Clube, que será em Santiago do Chile, em novembro

de 1952. Foi também eleita a diretoria da entidade, ficando como presidente o prof. José Maria Pelizza, de Buenos Aires. Continua como delegado do Clube no Brasil o dr. Aloisio Geraldo Ferreira de Camargo.

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Prêmios destinados aos trabalhos científicos publicados em 1950

— Na Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo acham-se abertas as inscrições para os candidatos aos seguintes prêmios: "Professor Bovero" — ao melhor trabalho de Anatomia publicado em 1950, em qualquer ponto do Brasil; "Richard M. Pearce Jr." — Para o melhor trabalho de pesquisa publicado em 1950 por socios da Associação dos Antigos Alunos sobre as disciplinas constantes das catedras de Microbiologia e Imunologia, Anatomia Patológica, Parasitologia e Clínica de Molestias Tropicais e Infectuosas; "Professor Luis Rezende Puech" — Para o melhor trabalho realizado em 1950 por socios do Centro Academico Osvaldo Cruz.

São as seguintes as condições estabelecidas para o Concurso: Poderá candidatar-se o autor de qualquer trabalho de pesquisa publicado no ano precedente ao da inscrição; no caso de haverem duas datas (anos duplos, por exemplo, 1928-1929) no trabalho, valerá o ano de número maior; o trabalho deverá ser apresentado em três vias, acompanhadas de um requerimento do candidato.

Não poderá competir: trabalho que já concorreu ao prêmio em apreço; qualquer trabalho que já tenha merecido menção honrosa; trabalho que já tenha sido premiado; havendo mais de um autor em trabalho que seja contemplado com prêmio, apenas serão dados um diploma e uma medalha; os colaboradores poderão obtê-los se

os adquirirem da Associação ao preço indicado pela Comissão Executiva; as bancas julgadoras serão indicadas pela Comissão Executiva; não poderá haver empate entre trabalhos concorrentes, mas poderão haver menções honrosas; especificações dos prêmios, com descrição das matérias em

que devem ser versadas, e se destinam a académicos ou a médicos.

Os interessados deverão enviar à Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, avenida Dr. Arnaldo, Caixa Postal 7.080, sua inscrição acompanhada de três cópias do trabalho.

Liga Paulista de Higiene Mental

Sua Instalação — Em solenidade realizada no dia 26 de Setembro de 1951 na Biblioteca Municipal, instalou-se a Liga Paulista de Higiene Mental. Fizeram-se representar na cerimônia o governador Lucas Nogueira Garcez, os secretários da Segurança e da Saúde e a reitoria da Universidade de São Paulo. Da mesa participaram, ainda, o prof. Flaminio Favero, o prof. Maurício de Medeiros, que veio do Rio especialmente para assistir à instalação, a dra. Carmen Escobar Pires, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Presidiu ao ato o dr. Fernando O. Bastos, assistente de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atualmente professor substituto da cadeira e presidente da Liga Paulista de Higiene Mental.

Ao iniciar a sessão, o presidente fez ligeiro histórico da entidade, esclarecendo que não se tratava propriamente da inauguração de uma instituição nova em nosso meio e, sim, do renascimento de organização, fundada em 1927, "que durante vários anos produziu os melhores frutos". O primeiro presidente da Liga foi — declarou — o prof. A. C. Pacheco e Silva, atual catedrático de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Faculdade Paulista de Medicina, ora na Europa, no desempenho de missão científica. Lembrou que figuraram então nos principais cargos da Liga os drs. Francisco Marcondes Vieira, James Ferraz Alvim e Fausto Guerner, este já falecido. Da segunda di-

retoria participaram os drs. Cantídio de Moura Campos (presidente), Leopoldino Passos, Bonifácio de Castro Filho e Lourenço Filho. Na terceira, presidida pelo dr. Francisco Marcondes Vieira, tomaram parte os drs. James Ferraz Alvim, Edgar Pinto Cesar e Aristoteles Cardo.

"Vinha, pois a Liga Paulista de Higiene Mental cumprindo regularmente suas funções — disse o presidente em seu discurso — até que com a promulgação do decreto estadual 9.271, de 28 de junho de 1938, que criou a Instituição de Assistência Social ao Psicopata, funcionando junto à antiga Assistência Geral a Psicopatas, hoje Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, se foram restringindo as atividades da Liga, dada a íntima relação entre os membros que compunham esta última e a instituição então criada, bem como a identidade e fins visados por ambos os organismos. Mas a Liga não foi dissolvida e justamente por isso, e ainda por ter sido revogado aquele decreto, se impôs a necessidade de ser a entidade revigorada, a fim de executar o programa de higiene mental e assistência social que vinha sendo propiciado pela I. A. S. P.

"Reconstituída, a Liga têm por fim: a prevenção das doenças nervosas e mentais pelas observâncias dos princípios de higiene geral e especial do sistema nervoso; a proteção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis

GLIMETIONIL

METIONINA
INOSITOL
COLINA
E GLICOCOLA

BIO
NEVRON

Ampôlas e Drageas

LABORATORIO BIO-NEVRON S. A.

Rua Pedro de Toledo, 519 - Cx. Postal 718 - Tel. 70-2657 - São Paulo

GLIMETIONIL

DRÁGEAS ENTERICAS E AMPOLAS DE 10 E 20 CM³

Cada drágea contém:

D-L-Metionina	0,25 g
Bitartrato de Colina	0,10 "
Inositol	0,05 "
Glicocola	0,025 "
Queratina, q.s.p. revestir e excipiente q.s.p. dragear.	

TUBO COM 40 DRÁGEAS

Cada ampola contém:

de 10 cm³ de 20 cm³

Acetilmetionina	0,50 g	1,00 g
Inositol	0,20 "	0,40 "
Glicocola	0,20 "	0,40 "
Soluto Glicosado 30% q.s.p.	10 cm ³	20 cm ³

GLIMETIONIL é apresentado em duas formas: **ampolas**, para uso endovenoso ou oral e, **drageas**, protegidas contra a ação do suco gastrico, afim de permitir sua dissolução entérica.

Na formula do Glimetionil foram associados os mais ativos fatores lipotropicos e transmetilantes atualmente empregados na terapeutica, tais como: Metionina, Inositol e Colina, além da Glicocola (acido aminoacetico) aminoacido, este, há tempo empregado na clinica, em virtude de sua ação anti-tóxica e protetora da célula hepática. *(Savulescu empregou soluções de Glicocola como veiculo para os arsenobenzóis, alcançando, desta forma, a possibilidade de realizar tratamentos intensivos e prolongados, em doentes que não toleravam o arsenobenzol, quando dissolvido em simples agua destilada, ou em solução de gluconato de calcio).*

Da formula injetável, foi eliminada a Colina, pela frequência com que este sal produz fenomenos de intolerância, às vezes, de alguma gravidade, quando injetado por via endovenosa. Para a solução dos diferentes componentes da formula do Glimetionil, foi empregado o soluto glicosado hipertônico a 30%, afim de se aproveitar a ação desintoxicante da Glicose, completando-se, assim, o valor terapeutico do medicamento.

As injeções de Glimetionil, de 10 ou de 20 cm³, devem ser praticadas exclusivamente por via endovenosa, podendo, entretanto, o conteúdo das ampolas ser administrado também por via oral, caso assim o prefira o clínico.

Para uso oral, porém, são mais recomendadas as drageas de Glimetionil, seja pela maior facilidade do seu emprego, seja por oferecerem a vantagem de não afetar o estomago (em virtude do revestimento de queratina, que impede a dissolução das drageas no estomago) e, seja por conterem, além dos mesmos componentes da fórmula injetável, também a Colina, sob forma de Bitartrato, um dos sais de Colina mais estáveis e melhor tolerados. O revestimento das drageas, outrossim, elimina o cheiro desagradável da Metionina e da Colina, que, frequentemente, torna os tratamentos prolongados com os medicamentos lipotropicos, pouco tolerados pelas pessoas de estomago sensível.

A fim de não aumentar demasiado o volume das drageas, foi necessário reduzir à metade a dose dos componentes de cada unidade; duas drageas, pois, representam o equivalente de um comprimido comum e a embalagem comercial do Glimetionil contém 40 drágeas.

Quatro drágeas de Glimetionil contêm: 1 grama de Metionina; 40 ctgrs. de Bitartrato de Colina; 20 ctgrs. de Inositol e 10 ctgrs. de Glicocola.

INDICAÇÕES

Cirrose e esteatose hepática — Intoxicações exógenas e endógenas: (*toxicoses gravidicas, intoxicações medicamentosas, alimentares, profissionais*). **Intoxicações de origem bacteriana** (*por molestias infecciosas*) **Estados alérgicos, de origem tóxica ou alimentar — Tratamentos pré e post-operatórios — Síndromes degenerativas hepatorreais — Estados alérgicos de origem tóxica ou alimentar — Insuficiência hepática e suas manifestações — Hepatites agudas e crônicas.**

POSOLOGIA

Ampolas: *diariamente, de uma a três, ou quatro, ampolas de 10 ou 20 cm³, por via endovenosa ou oral, de acordo com a gravidade do caso, a critério do clínico.*

Drágeas: *duas a quatro drágeas por vês, duas ou três vezes por dia, de acordo com a gravidade do caso, podendo tais doses serem ultrapassadas, sem inconveniente, nos casos mais graves e urgentes.*

Amostras e literatura a disposição dos Srs. Médicos:

LABORATÓRIO BIO-NEVRON S. A.

RUA PEDRO DE TOLEDO, 519 — CX. POSTAL 718 — TEL. 70-2657 — 7-5895
SÃO PAULO



de internação; a melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar asilos públicos, particulares ou fora deles; a realização de um programa de Higiene Mental e Eugenética no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social".

Discorrendo depois sobre as dificuldades e a necessidade de empreender essa tarefa, o orador concluiu afirmando sua confiança na cooperação indispensável por parte de todos. Apresentou o prof. Mauricio de Medeiros, que de improviso falou sobre o momento conturbado em que vive o homem de hoje, a necessidade de colaborar os pais, mestres, líderes, patrões, e o próprio povo, para instauração de um modo de viver baseado na harmonia com o ambiente e o próximo. Foi então passada a palavra ao conferencista oficial da solenidade, prof. Flaminio Favero, catedrático de Medicina Legal da Faculdade de Medicina de São Paulo e membro do Conselho Penitenciário.

O orador lembrou que por toda parte é intensa e renhida a luta que busca as causas multiformes dos transtornos mentais, encontradas na impropriedade e hospitalidade do meio.

Limitou seu tema aos egressos dos presídios, "porque sofrem eles as causas adversas gerais e as referentes ao passo errado que deram. Sofrem e fazem sofrer. E, entretanto a desconfiança justificada do ambiente, reagem contra ela e, daí, os males graves que surgem, podendo dar com os egressos outra vez no carcere. Como agir? Indispensável se torna uma compreensão mútua dos egressos e da sociedade para onde voltaram. É mais fácil para esta do que para eles, mal refeitos do trauma da prisão, essa verdadeira tolerância".

O orador citou, para ilustrar suas afirmações, dois casos bem conhecidos, fichados, com pormenores, em seu arquivo: "Um sentenciado conseguiu, depois de longa pena, obter a liberdade condicional. Aqui fora, cercado de más companhias, teve tal abalo que ia

mudando sua conduta com perigo de ter de voltar para a Penitenciária. Mas foi assistido em tempo e salvou-se. Refeito para a vida é feliz".

O outro caso: "criminoso celebre, também conseguiu liberdade condicional. Faltou-lhe, todavia, amparo adequado e tropeçou, voltando para a prisão. Em breve cumprirá a pena e será egresso definitivo. Estender-lhe-á a mão a sociedade para auxiliá-lo e compreendê-lo?"

"Essa proteção da sociedade aos egressos de presídios é interesse dela. Não se compreende que despesas de vulto se façam para reajustar os sentenciados para a vida livre e, depois, obtida a recuperação para o trabalho construtivo, sejam eles abandonados".

"Para essa permanência dos egressos na vida social é preciso dar-lhes trabalho adequado e evitar tê-los sempre sob a chancela do doloroso estigma que os vitimou. Isso seria um trauma constante, de ordem psíquica, a contrariar as regras da Higiene Mental".

O orador terminou apelando para a fraternidade e a solidariedade humana: "No exemplo dado por Jesus mesmo, tudo deve ser feito para salvar as pobres ovelhas que se tresmalharam do aprisco. E os criminosos são ovelhas do grande aprisco social, que delas necessita sempre".

A atual diretoria da Liga —

Está assim constituída a atual diretoria da Liga Paulista de Higiene Mental: Presidente, dr. Fernando de Oliveira Bastos; vice-presidente, dr. Tomás de Aquino Collet e Silva Filho; secretário-geral, dr. Aristoteles Cardo; tesoureiro, dr. Bachir Haidar Jorge. Membros do Conselho Consultivo: prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva, drs. Pedro Augusto da Silva, João Carvalho Ribas, Paulo Camargo, Olineto de Matos, Manuel Saldiva Neto, Carlos Augusto Resende Junqueira, Nelson de Toledo Ferraz, Maurício Amaral, Tarciso Leonce Pinheiro Cintra, Amando Caiubi Novais e José Francisco Soares de Araujo.

União Internacional Contra a Tuberculose

A obra de Arlindo de Assis — O co-relatório apresentado pelo dr. Ustved à Undécima Conferência da União Internacional contra a Tuberculose, reunida em Copenhague, teve oportunidade de salientar o valor da contribuição de nosso patrio dr. Arlindo de Assis à luta contra a tuberculose por meio do B.C.G.

Ustved salienta que a vacinação pelo B.C.G. é especialmente indicada como meio de combate nos países de recursos econômicos fracos, onde os outros meios de luta não podem ser desenvolvidos com a amplitude e a perfeição necessárias. Além disso, o dr. Ustved, que é uma grande autoridade em matéria de luta antituberculosa, reconhece o grande valor prático do método de aplicação oral do B.C.G., como vem sendo utilizado no Brasil e defendido por Arlindo de Assis.

Dando notícia da reunião em que Ustved leu o seu relatório, o correspondente do "Journal of the American Medical Association" em Oslo assim se exprime:

"O dr. H. J. Ustved, que tem a seu cargo o Departamento XI do Hospital Público Ullevaal, de Oslo, começou a aplicar a vacina B.C.G. pela boca e relata algumas experiências interessantes no órgão oficial da Associação Médica Norueguesa, o "Tidsskrift for Den Norske Laegeforening", de março de 1951. A administração oral do B.C.G., conforme advogada por Calmette na França, fora até aqui considerada pouco segura e imprecisa, nos países escandinavos. Heimbeck, na Noruega, introduziu a vacinação por injeção subcutânea e Wahlgren, na Suécia, usou o método intracutâneo, mas o método oral também foi eventualmente experimentado na Noruega. Em 1935, Scheel conseguiu tornar Piquet-positivos 11 de 20 estudantes, pelo uso de 50 miligramas de B.C.G. pela boca. No momento

atual, a vacinação oral é praticada largamente na Rússia e em grande escala na França, sendo em geral preferida aos outros métodos na Polónia, na Iugoslavia e na Grécia.

Foi, todavia, em grande parte a obra de Arlindo de Assis, no Brasil, que encorajou o dr. Ustved a dar seria atenção ao método oral, o qual, na sua opinião, muito teria a seu favor se se pudesse ter certeza de que ele consegue na verdade tornar tuberculino-positivos os seres humanos. O material de Ustved é particularmente demonstrativo por causa da sua qualidade, mais do que pela quantidade, pois os seus casos foram mantidos sob cuidadosa observação. Foram poucos os casos, por ser difícil encontrar pessoas tuberculino-negativas entre os estudantes de medicina que não tivessem sido vacinados por outros meios. Em geral, Ustved seguiu a dosagem prescrita por Assis, com uma primeira dose de 200 miligramas, o que corresponde a uma dose 20 vezes maior que a originalmente recomendada por Calmette para a primeira dose. Em alguns casos aplicou-se uma segunda dose de 100 miligramas. Não houve reação que indicasse qualquer efeito deletério. Em 10 pessoas que foram submetidas a autopsia de sete dias a quatro meses após a administração do B.C.G. oral, não se observaram alterações mórbidas no estômago e nos intestinos. Também não se observaram sintomas abdominais nem sinais de adenite cervical nas pessoas, em número superior a 50, que foram conservadas em detida observação até nove meses após o tratamento, o qual foi feito porque as pessoas eram tuberculino-negativas ou então só haviam reagido fracamente a anteriores vacinações. Ustved afirma que o B.C.G. pela boca pode realizar uma sensibilização de alto nível à tuberculina, mas que ele não melhora as condições no sentido de criar uma sensibili-

Para a HIPERTENSAO ARTERIAL:

PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm³.



TRATAMENTO DA HIPERTENSAO ARTERIAL E SUAS
MANIFESTAÇÕES

NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.

RUA OLÍMPIA, 104 — SÃO PAULO

dade positiva à tuberculina, quando outros processos de aplicação se mostram incapazes disso. Em outras palavras, parece que existem umas tantas pessoas que con-

tinuam a ser tuberculino-negativas por serem constitucionalmente incapazes de reagir ao B.C.G., e isso qualquer que seja a maneira de aplicação d'este.

Universidade de São Paulo

Cooperação Internacional na Solução dos Problemas de Saúde Pública — O prof. Paulo César de Azevedo Antunes, diretor da Divisão da Repartição Sanitária Interamericana da OMS, proferiu no mês de junho do corrente ano, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública sob os auspícios da Universidade de São Paulo, a seguinte palestra:

Deve-se ao Brasil e à China a idéia da fundação da Organização Mundial de Saúde, tendo sido o prof. Paula Sousa quem, em São Francisco, apresentou a moção sobre a sua criação, assinada também pelo delegado da China, em 1945.

De fato, a carta da OMS, na sua introdução, estipula que o homem tem direito à saúde. A América tem sido pioneira nesse setor, pois há 49 anos, organizou a Repartição Sanitária Pan-Americana, sendo a sua carta de constituição o único documento ratificado, por unanimidade, pelos parlamentos dos 21 países da América. Com os modernos meios de transportes, a medicina preventiva, o combate às moléstias e a saúde pública assumiram papel importante na vida internacional, tornando-se necessário harmonizar o trabalho em cooperação, coletivo, de todos os países, para sua própria proteção sanitária. É conhecido o fato de terem os microbios mais virulentos sido transportados — como o da febre amarela no nordeste brasileiro — por via aérea. O Brasil, que já completou a sua missão de combate aos mosquitos da febre amarela, muito lucrou com o trabalho de coordenação sanitária, que a R.S.P.A. empreendeu no continente. O exemplo mais

vivo dessa cooperação, entre os países do hemisfério, está na América Central, cujos governos se reuniram para solucionar, em cooperação com a R.S.P.A., as endemias locais. O orçamento da R.S.P.A., de 1.943.000 dólares, para 1951, tem sido aplicado nesse serviço benemérito, sendo constituído de contribuições de todos os governos. Com a fundação da OMS, ficou a R.S.P.A. sua representante em toda a América. Além das organizações oficiais, citou o conferencista as organizações particulares, dignas do aplauso de todos os que promovem programas de saúde pública internacional. Entre estas, referiu-se à Fundação Rockefeller, que já prestou ao Brasil excelentes serviços no campo da medicina, da higiene e da saúde pública em geral. A seguir, referiu-se à Fundação Kellogg, que patrocina um curso de organização e administração hospitalar na própria Faculdade de Higiene e promove o programa de bolsas de estudos, destinado ao desenvolvimento das ciências médicas. Há, ainda, outras fundações que também trabalham nesse sentido, tais como a J. S. Guggenheim Foundation, que fornece bolsas de estudos para cientistas. No setor oficial é digno de referências o trabalho que realiza, no Brasil, o Instituto de Assuntos Interamericanos, através do S.E.S.P. Esse instituto de Assuntos Interamericanos, através dos E.U.A., colabora em programas de saúde pública em vários países de América, organizando, com os Ministérios de saúde pública, programas especiais.

Discorreu, ainda, o conferencista sobre os programas que estão sendo executados pela R.S.P.

NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

E SUAS
MANIFESTAÇÕES



RUTINASE

INJETÁVEL e COMPRIMIDOS

LABORATÓRIO PELOSI S. A.

PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

RUA CESARIO MOTA, 296-312 - FONES 4-7733 e 2-4117 - CAIXA POSTAL, 4798 - S. PAULO

RUTINASE

Marca Registrada

O importantíssimo valor terapêutico do **Carbaminocolina** foi ressaltado especialmente com o mais eficaz agente hipotensor conhecido.

Sua poderosa ação sobre o organismo humano, relatada e comprovada por observações de autores absolutamente idôneos, descritas em publicações científicas, representam uma diminuta parte dos muitos ensaios realizados na Alemanha em período um pouco anterior à última guerra.

H. Kreitmam, H. Nijl e W. Veltan, demonstram que a ação do Carbaminocolina supera grandemente a do acetilcolina, tida até então como o mais eficiente derivado da colina, utilizado de preferência contra os mais variados estados patológicos, capitulados sob a denominação sintomática de hipertensão.

Age sobre a pressão sanguínea, peristaltismo e secreções das glândulas do conduto gastro-intestinal. Aumenta as contrações do útero grávido e a lactação salivar.

Gowaritz, Van Doren e Pansini, verificaram que baixa a pressão arterial, dum a devida reserva para os casos em que existe alteração orgânica dos vasos capilares (v. valor terapêutico da Rutinase).

Eberhard Schulze e apologia sistemática do Carbaminocolina no combate da retenção urinária, observada após os partos e nas pacientes submetidas a intervenções ginecológicas.

G. Stupperich confirma os bons resultados na quasi totalidade dos casos supra mencionados.

Quanto à Rutinase, Griffith, Lindauer, Couch e Shanno, demonstram sua eficiência na fragilidade capilar, muito valiosa para prevenir seus graves acidentes.

As investigações realizadas por estes autores são numerosas e notórias e os efeitos benéficos obtidos, foram amplamente divulgados em publicações científicas, dando origem ao crescente emprego do medicamento.

A Rutinase não é acumulada no organismo e restabelece a normalidade da fragilidade capilar aumentada, sanando esta grave alteração orgânica.

Está provada a sua eficácia na hemorragia retiniana, que, como se sabe, é agravada pelo diabetes melitus e moléstias da hipófise.

VALOR TERAPÊUTICO DA RUTINASE

Quando os vasos capilares perderem a facultade de se contraírem, o que representa uma grave alteração orgânica nos mesmos, a eficiência da Carbaminocolina poderá ser incerto, mas com a recente descoberta da ação terapêutica da Rutinase, que permite restabelecer a sua necessária elasticidade (em 85% dos casos, foi conseguida restaurar a fragilidade capilar à normal), a associação dos dois medicamentos é logicamente indispensável, visando uma finalidade terapêutica completa, o que representa um tratamento clínico simples para um estado patológico grave e muito frequente, que se manifesta pela alta pressão arterial acompanhada de fragilidade capilar anormal.

Griffith, Lindauer e Shanno, em uma estatística de 1.600 casos de hipertensão, notaram em 300 pacientes aumento da mencionada fragilidade capilar.

A enorme e persistente eficácia da Carbaminocolina é resultante de sua inalterabilidade relativamente grande no organismo (apenas ligeiramente atacado pelo suco gástrico). Esta propriedade justifica sua ação hipotensiva, mesmo administrada por via bucal (Dautrebante e Marechal).

Quando houver necessidade de efeito hipotensivo mais intenso, será mais indicada a forma injetável ("RUTINASE" injetável). A falta de pronta ação indicará alteração orgânica dos capilares; neste caso, deverá ser ministrada maior quantidade da Rutinase, recorrendo também à via oral, utilizando em conjunto a Rutinase injetável e a Rutinase comprimida, podendo em casos menos graves substituir esta última pelos simples comprimidos de Rutina (Comprimidos de Rutina "Pelosi").

A fim de assegurar maior eficiência e rapidez no tratamento pela Rutina, a administração do medicamento deve ser contínua e prolongada, ministrando também, ao mesmo tempo, adequadas doses de vitamina B, ou de várias, mesmo ainda, Vitamina K.

RUTINASE Injetável

Dosagem por ampola :

Cloreto de Carbaminocolina puríssimo.....	0.0025
Rutina purif.	0.0040
Carbonato ac. de sódio	a. b.
Soluto fisiológico isotônico q. b.....	2 cm ³

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Caixas de 10 e 100 ampólas.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espasmodico arterial. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Ação antagonista da adrenalina.

Indicações :

Hipertensão arterial e suas manifestações (pela ação hipotensiva da Carbaminocolina), mesmo nos casos em que os vasos capilares tenham perdido parte de sua facultade de se contraírem (pela ação, embora lenta, da Rutina).

Atonia dos aparelhos digestivo e urinário, principalmente na retenção urinária após as operações cirúrgicas e partos.

Dor de cabeça provocadas por espasmos vasculares.

Preventivo e tratamento dos acidentes vasculares, resultantes da alta pressão sanguínea, com ou sem fragilidade capilar.

Contra-indicações :

Constituem contra-indicações os pacientes portadores de miocardiite avançada, as de cardiopatia fortemente descompensada e naqueles casos em que se deve evitar uma queda brusca da pressão arterial.

Precauções especiais devem ser tomadas quando se tiver que empregar o medicamento em pacientes digitalizados, osmóticos, sujeitos a choque, ou portadores de úlcera péptica avançada e angina peitoral.

Em qualquer tempo, a ação do medicamento pode ser suprimida mediante o emprego de uma injeção de atropina.

Dose :

Método ou todo o conteúdo de uma ampola (1 a 2 cm³) em injeções subcutâneas ou intramusculares; uma até três vezes ao dia, a critério do clínico.

As injeções são indolores e devem ser aplicadas longe das refeições.

Não deve ser utilizada a via endovenosa

RUTINASE Comprimidos

Dosagem por comprimido :

Cloreto de Carbaminocolina puriss.	0.002
Rutina purif.	0.020
Excipiente	q. b. p. 0.200

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Vidros de 50 comprimidos.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espasmodico arterial. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Preventivo e curativo dos hemorragias cerebrais e retinianas.

Indicações :

Hipertensão arterial, mesmo nos casos com alteração orgânica vascular.

Acidentes vasculares da hipertensão. Atonia dos aparelhos digestivo e urinário. Dor de cabeça provocadas por espasmos vasculares. Fragilidade capilar e seus consequências (hemorragias diversas, apoplexia cerebral).

Contra-indicações :

As mesmas de forma injetável

Dose :

Mato a dose comprimidos, ingeridos com um pouco de água; até 3 vezes ao dia, a critério do clínico.

A., que é o órgão da Organização Sanitária Pan-Americana. Esta última instituição é dirigida por um conselho, sendo os seus programas estudados e aprovados pela assembléia anual das nações americanas. Entre os trabalhos que estão sendo executados na América do Sul, citou os que se realizam em cooperação com os serviços nacionais de saúde pública, nos seguintes setores: enfermagem, cursos intensivos e formação de enfermeiras; nutrição, trabalhos de pesquisas e melhoramento da alimentação dos países menos desenvolvidos; organização e admi-

nistração de saúde pública, reorganização dos serviços nacionais, a pedido dos países interessados; engenharia sanitária; veterinária; e controle de insetos.

Ao referir-se à posição do Brasil nos programas internacionais, salientou o prof. Azevedo Antunes que, estando os serviços afetos aos Estados, a R.S.P.A., sem deixar de ouvir o Departamento Nacional de Saúde Pública, se via na contingência de ter relações diretas com os organismos estaduais, a fim de desenvolver mais rapidamente o intercâmbio nesse setores.

Necrológio

Prof. Pedro Dias da Silva — Faleceu no dia 25 de setembro do corrente ano, nesta Capital, o prof. Pedro Dias da Silva, catedrático e ex-diretor da Faculdade de Medicina. Era membro de várias sociedades científicas brasileiras. O ilustre médico era um grande coração dedicado integralmente aos amigos e à família. A sua morte representa uma séria perda para os que nele admiravam uma alma irradiante de bondade e simpatia humana.

Nascido nesta Capital a 14 de outubro de 1881 formou-se a princípio em Farmácia (1905) e, cinco anos mais tarde, em Medicina, na Faculdade do Rio de Janeiro. As

pesquisas de laboratório dedicou, quando estudante e logo após formado, os seus esforços, a que se deve a sua primeira monografia, dada é estampa em 1914, sob o título "Contribuição ao estudo das blastomicoses tegumentares". Sobre o mesmo assunto escreveu depois outros trabalhos, um dos quais em colaboração com o prof. Sousa Campos, relativo à "Blastomicose hepato-espleno-gangrenar", editado na "Revista de Medicina de São Paulo" (número de julho de 1917 e maio, agosto e setembro de 1918). São ainda de sua lavra: "Dois casos de esporotricose" (Arquivos da Soc. de Med. e Cirurgia de S. Paulo, 1914), "Polinevrite", "Novo sinal de vermicose".

CONGRESSOS MÉDICOS

I Congresso Internacional de Neuropatologia

Sua realização em Roma — Em setembro de 1953, realizou-se em Roma, Itália, o Primeiro Congresso Internacional de Neuropatologia. Os seguintes neuropatologistas foram eleitos Presidentes Honorários do Congresso: Dr. U. Cerletti (Itália); Dr. J. G.

Greenfield (Reino Unido); Dr. J. B. Hassin (Estados Unidos); Dr. J. Lhermitte (França); Dr. O. Vogt (Alemanha); Dr. Mario Gozzano, professor de Neurologia e Psiquiatria na Universidade de Roma foi eleito Presidente e Dr. Armando Ferraro, de Nova York, foi eleito Secretário Geral.

O Congresso durará seis dias. Nas sessões matinais, temas pré-determinados serão apresentados por pesquisadores qualificados de vários países. Nas sessões da tarde, terão lugar a discussão e a apresentação de trabalhos individuais relativos aos temas matinais.

Os seguintes temas foram escolhidos na reunião preliminar dos Presidentes dos vários comitês regionais, que se realizou em Paris em 30 e 31 de maio de 1951:

Patologia das doenças desmielinizantes. Patologia das doenças vasculares. Patologia na esquizofrenia. Patologia das deficiências

mentais. Patologia da senilidade. Haverá uma reunião dedicada a trabalhos e demonstrações de técnicas histopatológicas e histoquímicas especiais.

Neuropatologistas, neurologistas, psiquiatras e patologistas são cordialmente convidados. A taxa de registro como membro-ativo do congresso foi fixada em \$15.00, moeda norte-americana, ou seu equivalente em outras moedas.

Para demais informações queira comunicar-se com o: Prof. Dr. A. C. Pacheco e Silva, Presidente do Comitê Regional Brasileiro, Av. Brig. Luís Antônio, 651, São Paulo.

II Congresso Brasileiro de História da Medicina

Sua realização sob os auspícios da Federação Nacional de História da Medicina e Ciências Afins — Será em Recife, a capital pernambucana, segundo deliberação do I Congresso Brasileiro de História da Medicina, recentemente encerrado, nesta capital, a sede do II Congresso, a realizar-se em julho de 1953, sob os auspícios da Federação Nacional de História da Medicina e Ciências Afins e organizada pelo Instituto Pernambucano.

De regresso ao seu Estado o Dr. Leduar de Assis Rocha, chefe da delegação pernambucana ao Congresso e presidente do Instituto, prestou à imprensa amplas informações sobre o conclave há pouco realizado no Rio de Janeiro, exaltando o seu brilhantismo e interesse científico, e, ao mesmo tempo, encarecendo o excepcional signifi-

cado de haver sido concedida a Pernambuco a realização do II Congresso Brasileiro de História da Medicina. Em suas declarações afirmou, finalmente, que o Instituto Pernambucano e seu Estado tudo fariam pelo maior relevo cultural do próximo certame, que reunirá, na capital pernambucana, — a exemplo do que vem de suceder no Rio de Janeiro, — algumas centenas de médicos e profissionais afins, de todo o país.

O Instituto Pernambucano de História da Medicina realizará uma sessão solene, comemorativa do seu quinto aniversário, na qual será conferido a S. Excia. o Governador do Estado, Dr. Agamenon Magalhães, o Diploma de Membro de Honra do Instituto e do I Congresso Brasileiro de História da Medicina.

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

ASSUNTOS DA ATUALIDADE

Problemas do câncer

Pesquisas em Philadelphia — Três são as instituições norte-americanas que se dedicam exclusivamente a pesquisas sobre os problemas do câncer: o "Sloan-Kettering Institute" na cidade de Nova York; o "National Cancer Institute", em Bethesda, Estado de Maryland e o "Institute for Cancer Research" em Philadelphia. Neste último, sob a direção do dr. Stanley P. Reimann, trabalham 43 cientistas entre médicos, químicos, físicos e biólogos, com suas respectivas equipes, todos empenhados em pesquisa básica sobre todos os aspectos relacionados com o grande problema.

Um Departamento de Fisiologia geral procura elucidar o mecanismo da nutrição dos tecidos tanto sadios como malignos. Acredita-se que diferentes tipos de tecidos necessitam diferentes substâncias para o seu crescimento. Antes de se poder comparar com clareza o metabolismo dos tecidos normais e doentes, é preciso que se tenha uma compreensão mais profunda da questão nos diferentes tipos de tecidos sadios. É este tipo de trabalho que está sendo executado presentemente aqui, com o auxílio da mais moderna aparelhagem que se possa imaginar. No Departamento de Bioquímica, por exemplo, o problema está sendo atacado com armas físico-químicas: as proteínas de tecidos de comodonços, tanto normais como malignos, estão sendo fracionadas por meio de electroforese e ultracentrifugação. Para esta última operação dispõe o Instituto de uma ultracentrífuga capaz de 70.000 rotações por minuto. O instrumento custou 14.000 dólares. O objetivo destes estudos é a verificação da existência ou não de proteínas específicas nos tecidos cancerosos, e sua possível purificação e identificação.

Um dos característicos dos tecidos malignos é sua contínua e rápida proliferação. E o problema que se apresenta é saber como as células doentes obtêm a energia necessária para semelhante crescimento. Este ângulo está sendo investigado no Departamento de Química Metabólica, com o emprego de modernas técnicas de traçantes radioativas. A esperança é que um dia se descobrirá diferença no metabolismo entre tecidos normais e malignos, de maneira a permitir a prevenção do crescimento acelerado das células desgobernadas.

O Departamento de Citoquímica e Genética considera seu principal problema o estudo das influências hereditárias sobre o crescimento. Acredita-se que uma boa compreensão desta questão daria base para estudar a diferenciação entre células normais e cancerosas.

Semelhante estudo exige naturalmente material experimental muitíssimo bem conhecido geneticamente. E este material existe na conhecida mosca de frutas, *Drosophila*, o animal clássico nos estudos da hereditariedade. Além de ser geneticamente muitíssimo bem conhecida, essa mosca permite também o estudo dos "gens" (as partículas elementares da hereditariedade), e sua nutrição pode ser perfeitamente dosada, à vontade do pesquisador.

As moscas são criadas com dietas especiais, quimicamente definidas, estudando-se por esse meio as exigências das diferentes linhagens. O objetivo é estabelecer como pequenas diferenças na estrutura íntima de tais células afetem suas exigências nutricionais. Espera-se conseguir com semelhantes estudos uma compreensão mais exata dos mecanismos do crescimento, o que poderá ter, um dia, importantes aplicações no problema do câncer.

Um aspecto interessantíssimo está sendo investigado no Departamento de Quimioterapia, pois só de alguns anos para cá, se cogita da possibilidade da quimioterapia do câncer. A primeira vista parece esquisito que se fale em quimioterapia no caso do câncer, uma moléstia aparentemente não causada por microrganismo que se pudesse combater por meio de "drogas" químicas. Mesmo assim, a possibilidade é bem real, e está sendo seriamente considerada em vários centros de pesquisa. No "Institute for Cancer Research" vem-se examinando uma substância química obtida de culturas do bacilo "serratia marescens". Tais culturas estão sendo feitas em escala "piloto" pela Companhia Merck, que fornece a matéria-prima ao instituto. A substância em questão, é quimicamente um complexo polissacarídeo — lipídeo, e possui a extraordinária faculdade de poder literalmente "dissolver" tumores malignos. Sua estrutura é complicadíssima, e ainda não bem conhecida. É indiscutível, porém, que a substância age contra os carcinomas, não só em ratos, mas também em homens. Duas grandes desvantagens têm todavia impedido o rápido progresso dessas pesquisas: essa substância é extremamente tóxica, o que limita consideravelmente seu emprego no homem; em segundo lugar, ela possui definidas propriedades "antigênicas". Isto quer dizer que os animais com ela tratados se tornam, com o tempo, "imunes", o que diminui a eficiência da substância a cada aplicação. As experiências e pesquisas visam modificá-la quimicamente, na expecta-

tativa de se conseguir uma droga menos tóxica, sem propriedades antigênicas, mas que mantenha a atividade destruidora dos tumores.

O Departamento de Patologia Experimental trabalha em estreita colaboração com o de Quimioterapia, fornecendo os milhares de camundongos cancerosos necessários aos ensaios.

Com todos os resultados importantes e promissores já obtidos, a pesquisa no Instituto continua sendo essencialmente básica. Isto quer dizer que ninguém visa nem espera resultados práticos imediatos. Ninguém está diretamente procurando a "cura do câncer". Mas todos trabalham, do modo mais intensivo, em todos os campos de alguma maneira relacionados com o grande problema.

A convicção é de que, se quisermos conhecer mais a fundo os fenômenos que se passam na célula maligna, é essencial que, antes de mais nada, conheçamos o desenvolvimento normal dos fenômenos vitais na célula sadia. Daí o estudo intensivo de um grande número de questões que à primeira vista nada têm que ver com o problema do câncer. O ponto de vista é correto, e decididamente já conduziu a belos resultados nos mais diversos campos.

A cura do câncer acha-se longe ainda da sua solução. É confortador, porém, saber que dezenas de bons pesquisadores se dedicam inteiramente ao estudo do problema, e que há meios, neste estupendo país, que possibilitam o prosseguimento dos estudos sem a menor esperança de um "retorno monetário" em época razoavelmente próxima.

Estudos Cirúrgicos

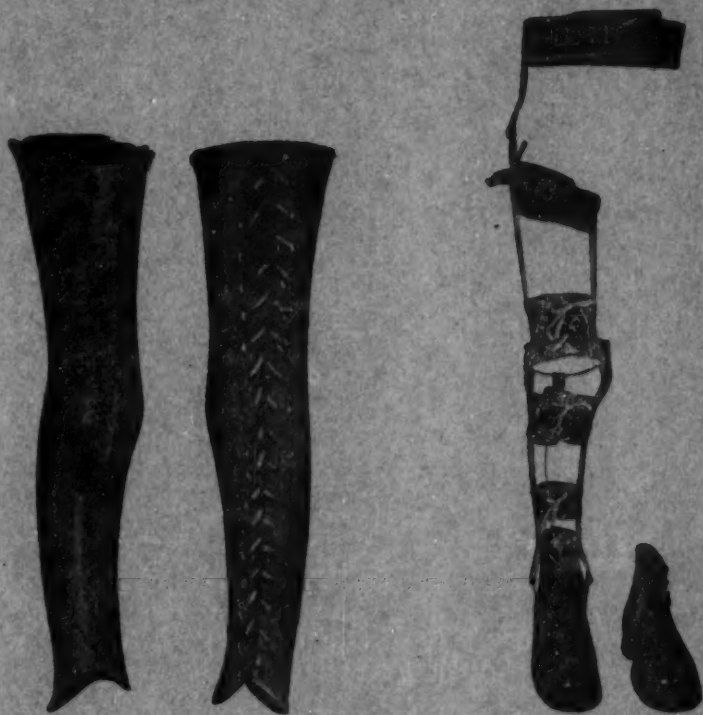
Dr. Eurico Branco Ribeiro

5 VOLUMES PUBLICADOS

Preço: Cr\$100,00 cada volume

Pedidos ao autor: Caixa Postal, 1574 — São Paulo

Laboratórios Novotherápica S.A.
SEÇÃO ORTOPÉDICA



APARELHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS
APARELHAGEM TRAUMATOLÓGICA E DE FISIOTERAPIA

Oficinas aptas a executar quaisquer pedidos do ramo.

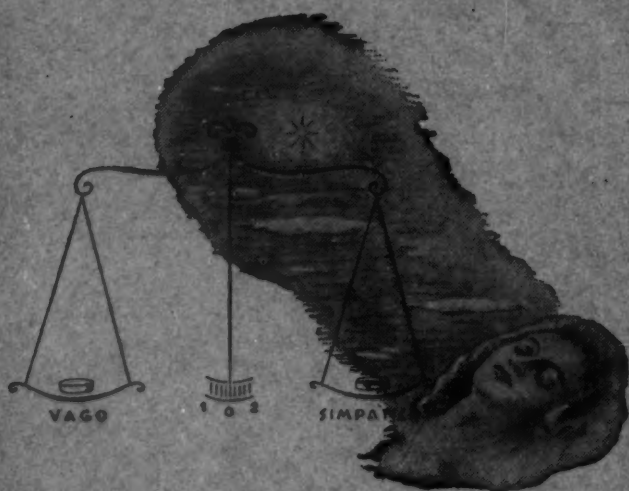
Máquinas importadas diretamente da Europa.

Técnicos especializados nas oficinas do Instituto Ortopédico Rizzoli.

AV. BRIG. LUIZ ANTONIO, 324 - SÃO PAULO - FONE, 33-2533 - CX. POSTAL, 384

DISTONEX

para o



Equilíbrio vago-simpatico



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo